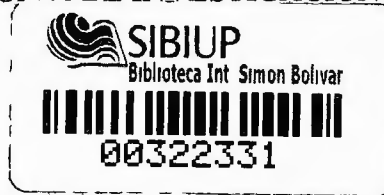


UNIVERSIDAD DE PANAMA

VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO



PERCEPCION DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO Y SU
RELACION CON EL NIVEL DE FUNCIONALIDAD EN ADULTOS MAYORES

TANIA STERLING DE KENNION

TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA OPTAR AL
GRADO DE MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA CON
ESPECIALIZACION EN GERONTOLOGIA

PANAMA, REPUBLICA DE PANAMA

2017

57

19 MAR 2018

AGRADECIMIENTO

A Dios por estar siempre a mi lado, por guiar mis pasos y permitirme alcanzar esta nueva meta

A mi amado esposo Julio Kennion que con su apoyo constante ha sido un amigo y compañero inseparable

A mi asesora Dra Yolanda Gonzalez por compartir sus conocimientos y experiencias de manera incondicional

A la Mgtra Mitzi Cubilla por todo el apoyo estadístico y por su constante motivación

A todas aquellas personas, familiares, amigos y compañeros que aportaron su granito de arena para apoyarme en este proceso investigativo

Dox del Quilón

DEDICATORIA

A mis padres por sus sabios consejos, sus valores por su motivacion constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero mas que nada, por su amor

CONTENIDO

Dedicatoria	1
Agradecimiento	II
Indice general	III
Indice de cuadros y tablas	IV
Indice de graficas	V
Indice de anexos	VI
Resumen	VII
Summary	VIII
Resumo	IX
INTRODUCCION	14
CAPITULO I MARCO CONCEPTUAL	16
1 1 Descripcion del problema	16
1 2 Descripcion del area problematica	18
1 4 El problema	- 22
1 5 Objetivos	- 22
1 5 1 General	22
1 5 2 Especificos	- 22
1 6 Hipotesis	23
1 7 Variables	24
1 8 Definicion de Variables	24
1 9 Supuesto teorico que guia la investigacion y sera sujeto a comprobacion	29
CAPITULO II MARCO DE REFERENCIA	33
2 1 Percepcion	33
2 1 1 Etimologia	33
2 1 2 Conceptualizacion	33
2 1 3 Caracteristicas de la percepcion	35
2 1 4 Componente de la percepcion	- 36

2 2	Cuidado	36 -
2 2 1	Etimologia	36
2 2 2	Conceptualizacion	37
2 2 3	Comportamiento de cuidado	39
2 2 4	Cuidado humanizado	41
2 2 4 1	Conceptualizacion	41
2 2 4 2	Componentes del cuidado humanizado	42
2 3	Estudio realizados sobre percepcion de comportamientos de cuidado	44
2 4	Adulto mayor y su funcionalidad	46
CAPITULO III MARCO TEORICO		50 -
3 1	Base filosofica	50
3 2	Conceptos principales de la teoria	51
CAPITULO IV MARCO METODOLOGICO		54
4 1	Tipo de estudio	54
4 2	Diseño	54
4 3	Universo	55
4 4	Poblacion	55
4 5	Muestra	- 55
4 5 1	Determinacion muestral	55
4 5 2	Muestreo	57
4 6	Criterios de Seleccion	- 57
4 7	Instrumento	58
4 8	Procedimiento	64
4 9	Recoleccion de datos	65
4 10	Consideraciones eticas	- 66
CAPITULO V MARCO DE ANALISIS		68 -
5 1	Interpretacion y analisis de datos	68

DISCUSION	80
CONCLUSIONES	- 93
RECOMENDACIONES	97
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	98
ANEXOS	- 103

INDICE DE CUADROS/ TABLAS

Cuadro N°1 Características generales y organización de las salas de medicina y cirugía del Complejo Hospitalario Manuel Amador Guerrero	20
Tabla N° 1 Distribucion muestral de la poblacion de 60 años y mas accesible durante un año en las salas de medicina y cirugía del Complejo Hospitalario Manuel Amador Guerrero	57
Tabla N°2 Características sociodemográficas y clínicas de los adultos mayores atendidos en las salas de medicina y cirugía del CHMAG	69
Tabla N°3 Condicion laboral actual de la poblacion adulta mayor atendida en las salas de medicina y cirugía del CHMAG	71
Tabla N°4 Ocupacion desempeñada por los adultos mayores atendidos en las salas de medicina y cirugía del CHMAG	72
Tabla N° 5 Proporción de respuestas para todas las dimensiones presentes en el cuestionario de percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera	74

INDICE DE GRAFICAS

Grafica N° 1 Percepcion de comportamiento de cuidado humanizado de la enfermera, respecto a todas las dimensiones en poblacion adulta mayor, en las salas de medicina y cirugia del CHMAG 73

Grafica N° 2 Percepcion de los sentimientos del adulto mayor con respecto al comportamiento de cuidado humanizado de la enfermera, en las salas de medicina y cirugia del CHMAG 75

Grafica N° 3 Percepcion de comportamiento de cuidado humanizado del adulto mayor respecto a las características de la enfermera, en las salas de medicina y cirugia del CHMAG 77

Grafica N° 4 Percepcion de comportamiento de cuidado humanizado del adulto mayor, respecto al apoyo emocional de la enfermera, en las salas de medicina y cirugia del CHMAG 78

Grafica N° 5 Percepcion de comportamiento de cuidado humanizado del adulto mayor respecto al apoyo físico de la enfermera, en las salas de medicina y cirugia del CHMAG 79

Grafica N° 6 Percepcion de comportamiento de cuidado humanizado del adulto mayor respecto a las cualidades del hacer de la enfermera, en las salas de medicina y cirugia del CHMAG 80

Grafica N° 7 Percepcion de comportamiento de cuidado humanizado del adulto mayor, respecto a la proactividad de la enfermera, en las salas de medicina y cirugia del CHMAG 81

Grafica N° 8 Percepcion de comportamiento de cuidado humanizado del adulto mayor respecto a la empatia de la enfermera, en las salas de medicina y cirugia del CHMAG 82

Grafica N° 9 Percepcion de comportamiento de cuidado humanizado del adulto mayor respecto a priorizar al ser cuidado en las salas de medicina y cirugia del CHMAG 83

Grafica N° 10 Percepcion de comportamiento de cuidado humanizado del adulto mayor, respecto a la disponibilidad para la atencion, en las salas de medicina y cirugia del CHMAG 84

Grafica N° 11 Evaluacion funcional de la poblacion adulta mayor en las salas de medicina y cirugia del CHMAG, segun Escala del indice de Barthel version modificada propuesta por Shah 85

Grafica N° 12 Clasificación del nivel de dependencia del adulto mayor para realizar las actividades básicas de la vida diaria, en las salas de medicina y cirugía del CHMAG

86

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Hoja de datos sociodemograficos	104
Anexo 2 Test del Dibujo del Reloj de Thalman B (1996)	105
Anexo 3 Cuestionario Percepcion de comportamientos de cuidado humanizado de enfermeria (PCHE) elaborado por Rivera y Triana (2007)	109
Anexo 4 Analisis factorial del Cuestionario Percepcion de comportamientos de cuidado humanizado de enfermeria (PCHE) elaborado por Rivera y Triana (2007)	112
Anexo 5 Escala del Indice de Barthel (IB) version modificada propuesta por Shah (1989)	118
Anexo 6 Escala del Indice de Barthel (IB) version modificada propuesta por Shah (1989), ponderacion segun la realizacion de las actividades	119
Anexo 7 Carta de autorizacion para la recoleccion de la informacion	123
Anexo 8 Consentimiento informado para pacientes	125

RESUMEN

La humanización es un componente elemental en la entrega de cuidados, es una de las bases de la 'Teoría del Cuidado Humano' de Jean Watson quien sostiene que ante la posible deshumanización de la atención en salud por cambios estructurales, nuevos modelos y tecnologías, es necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, por parte de la enfermera. Esta investigación tiene por objetivo determinar la relación entre la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera y el nivel de funcionalidad del adulto mayor, hospitalizado en los servicios de medicina y cirugía del Complejo Hospitalario Manuel Amador Guerrero durante enero y febrero del 2016. Responde al paradigma cuantitativo y es de tipo descriptiva, 92 pacientes de 60 años y más contestaron el Cuestionario Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería y se evaluó su funcionalidad con la Escala del índice de Barthel versión modificada por Shah, ambos instrumentos presentan un coeficiente Alfa de Cronbach arriba de 0.947. A través del programa estadístico SPSS versión 21 se hicieron los análisis y se han presentado resultados descriptivos e inferenciales. La percepción global del cuidado humanizado de la enfermera fue evaluada como excelente en un 20% (18), buena en un 76% (70) y regular 4% (4). La mayoría de los pacientes percibieron un buen comportamiento de cuidado humanizado de la enfermera, siendo la categoría más alta 'calidades de hacer de la enfermera, lo cual refleja el alto nivel de conocimiento y destreza que poseen las enfermeras del CHMAG para el cuidado del adulto mayor. En relación con la funcionalidad del adulto mayor, el 42.4 % presenta dependencia severa, 35.9% dependencia moderada y 13% dependencia total, refiriendo algún grado de incapacidad para hacer determinadas actividades. Se pudo demostrar que la percepción que tienen los adultos mayores con respecto a los comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera no está relacionado con su nivel de funcionalidad.

Palabras claves: percepción, cuidado humanizado, funcionalidad del adulto mayor

SUMMARY

Humanization a fundamental element in care delivery. It is one of the bases of the 'Theory of Human Care' of Jean Watson, who states that in the face of possible dehumanization of health care by structural changes, new models and technology development, it is necessary to rescue the human, spiritual and trans personal aspect by nurses. The purpose of this research is to determine the relationship between the perception of the humanized care behavior of the nurse and the level of functionality of the elderly patient, hospitalized in the medical and surgery services of the Manuel Amador Guerrero Hospital Complex during January - February 2016. Responds to the quantitative paradigm and it has a descriptive approach. 92 patients between ages 60 and over answered the Perception of Humanized Nursing Care Behavior Questionnaire and their functionality was evaluated with the Barthel Scale Index modified by Shah, both instruments have a Cronbach's Alpha coefficient above 0.947. Through the statistical program SPSS version 21 the analyzes are done presenting descriptive and inferential results. The global perception of the humanized care of nurses was evaluated as excellent in 20% (18), good at 76% (70), and regular 4% (4). Most of the patients perceived a good behavior of humanized care from nurses, being the highest category 'qualities of doing of the nurse', which reflects the high level of knowledge and skill that nurses from the CHMAG have for the care of the elderly patients. In relation to the functionality of the elderly 42.4% have severe dependence, 35.9% moderate dependency and 13% total dependence, highlighting some degree of inability to do certain activities. It could be demonstrated that the perception that older adults have regarding the humanized care behavior of the nurse is not related to their level of functionality.

Key words perception, humanized care, elderly patient functionality

RESUMO

A humanização é um elemento elementar na prestação de cuidados. É uma das bases da 'Teoria do Cuidado Humano' de Jean Watson, que argumenta que, antes da possível desumanização dos cuidados de saúde através de mudanças estruturais, novos modelos e tecnologias, é necessário resgatar o aspecto humano, espiritual e pessoal, pela enfermeira. Esta pesquisa tem como objetivo determinar a relação entre a percepção dos comportamentos de cuidados humanizados da enfermeira e o nível de funcionalidade dos idosos, hospitalizados nos serviços médicos e cirúrgicos do Complexo Hospitalar Manuel Amador Guerrero, durante janeiro a fevereiro de 2016. Responde a paradigma quantitativo e é descritivo. 92 pacientes com 60 anos ou mais responderam às Percepções do Questionário dos comportamentos de Cuidados de Enfermagem Humanizados e avaliaram sua funcionalidade com a Escala de Índice Barthel modificada por Shah. Ambos os instrumentos possuem um coeficiente Alpha de Cronbach acima de 0,947. Através do programa estatístico SPSS versão 21, são feitas análises apresentando resultados descritivos e inferenciais. A percepção geral do atendimento humanizado da enfermeira foi avaliada como excelente em 20% (18), bom em 76% (70), e regular 4% (4). A maioria dos pacientes percebeu um bom comportamento de cuidados de enfermagem humanizados, sendo a categoria mais alta as qualidades de fazer da enfermeira, refletindo o alto nível de conhecimento e habilidade que os enfermeiros da CHMAG têm para o cuidado do adulto maior. Quanto à funcionalidade do adulto mais velho, 42,4% apresentaram dependência grave, 35,9% de dependência moderada e 13% de dependência total, indicando algum grau de incapacidade de realizar certas atividades. Foi possível demonstrar que a percepção de que os idosos têm relação com os comportamentos de cuidados humanizados da enfermeira não está relacionada ao seu nível de funcionalidade.

Palavras-chave: percepção, cuidados humanizados, funcionalidade de Idosos

INTRODUCCION

En la actualidad el individuo presenta diversos grados de alteraciones en el continuo salud enfermedad, algunos debido a factores de riesgo del ambiente interno o externo, otras propias de la evolucion del ciclo vital en que se encuentran en nuestro caso la vision reposa en el adulto mayor, grupo poblacional en aumento, cuyas necesidades y demandas reales estan direccionadas hacia el cuidado humanizado profesional para satisfacer sus necesidades reales y potenciales El cuidado como nucleo central de la disciplina de enfermeria esta inmerso en el contexto de un sistema de salud biomedico, en el cual, el actuar de la enfermera/o se convierte en una rutina monotonica, con un alto componente tecnico con el uso de la tecnologia, la juncion de estos dos aspectos vinculan a la enfermera a un comportamiento de cuidado tecnologico, frio, despersonalizado, deshumanizado sin mayores retos en la relacion enfermera paciente, que no permite el cuidado humanizado ni el desarrollo de la vision filosofica de enfermeria de accion simultanea, en la cual se aborda al ser humano o sea al adulto mayor como un ser unitario, holistico dentro de su realidad multidimensional

Por lo antes descrito este trabajo responde a la Linea de investigacion de Practica en Enfermeria y su objetivo es determinar la percepcion del cuidado humanizado de la enfermera desde la perspectiva del adulto mayor hospitalizado y relacionar esta percepcion con su nivel de funcionalidad, en los servicios de medicina y cirugia en el Complejo Hospitalario Manuel Amador Guerrero (C H M A G)

La investigación se divide en cinco capítulos. El primero hace referencia al marco conceptual señalando la descripción del problema, el área que contempla el mismo, la justificación, el planteamiento del problema, los objetivos, las variables, hipótesis y el supuesto teórico que guía la investigación.

En el segundo capítulo se presenta el marco de referencia, resaltando los conceptos de percepción, cuidado, comportamientos de cuidado, cuidado humanizado, adulto mayor y su nivel de funcionalidad.

El tercer capítulo incluye el marco teórico donde se describe la base filosófica según la teoría de Jean Watson 'Comportamiento de cuidado humanizado' y sus conceptos principales.

En el cuarto capítulo se describe el marco metodológico utilizado para guiar la investigación.

El quinto capítulo detalla el marco de análisis e interpretación de los datos, los cuales nos permiten finalmente presentar los resultados de esta investigación.

Finalmente presentamos aspectos relacionados a la discusión, conclusiones, recomendaciones y la bibliografía consultada.

CAPITULO I MARCO CONCEPTUAL

1 1 Descripcion del problema

Los sistemas de salud y las instituciones hospitalarias favorecen la practica de enfermeria profesional al incorporar al cuidado, la utilizacion de tecnologia de punta para satisfacer las necesidades fisiologicas especificas de cada paciente en la medida en que la enfermera integre estos avances tecnologicos al cuidado, promoviendo comportamientos empaticos enfocados al bienestar del adulto mayor, estaremos brindando un cuidado humanizado de lo contrario el cuidado seria mecanizado, tecnologico y frio al no contemplar la satisfaccion de los aspectos psicologicos, sociales y espirituales del paciente, para brindar un cuidado en forma holistica La introduccion de la tecnologia al campo clinica ha sido de gran avance en el diagnostico y tratamiento oportuno de los padecimientos o enfermedades propias del envejecimiento lo cual ha ayudado en el aumento de la expectativa de vida, pero a la vez se ha notado un aumento en el indice de las enfermedades cronicas potencialmente invalidantes con la consecuente alteración en el nivel de funcionalidad del adulto mayor

La tendencia demografica a nivel mundial del fenomeno del envejecimiento esta avanzando velozmente, entre el 2000 y 2050 la proporcion de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicara pasando de 12% a 22%, implicando retos en el sistema de salud y en el cuidado para mantener la funcionalidad y la autonomia del adulto mayor En el 2050, el 80% de las personas mayores vivira en paises de ingresos medianos

La población panameña no escapa a esta tendencia demográfica en cuanto al aumento de adultos mayores. La expectativa para un hombre de 60 años en 1960 fue de 16.5 años, en el 2010 la diferencia refleja 22.1 años, la proyección para el 2050 se espera que la esperanza de vida sea de 25.8 años. Las mujeres de 60 años, en 1960 tenían una esperanza de vida de 17.7 años, para el año 2010 era de 24.9 años y se preve que para el 2050 sea de 29 (Contraloría Nacional de la República de Panamá, 2015). Lo antes expuesto es indicativo de que el personal sanitario se enfrentará a un aumento de más adultos mayores que desconocemos si van a tener un envejecimiento exitoso, ya que algunos padecerán de enfermedades crónicas y la disfuncionalidad que las mismas inducen, otros presentarán algún grado de disfuncionalidad propias de la edad con la consecuente pérdida de la autonomía. Ante este panorama el cuidado que va requerir el adulto mayor es un reto que nos lleva a modificar el cuidado de la población afectada por lo que la propuesta es el cuidado humanizado que satisfaga en forma holística las necesidades del adulto mayor, con el diseño de estrategias de cuidado humanizado específicas y efectivas para los diversos problemas de salud reales de esta población, acordes con sus niveles de funcionalidad. Al respecto Watson, J (1988), señala que la enfermería de calidad y el cuidado de la salud en la actualidad demandan un respeto humanístico para la persona, familia y comunidad.

El proceso de cuidado en la ciencia de enfermería con perspectiva metafísica, hace reemerger al cuidado en un cuidado humano que en la presente década recupera su importancia en enfermería en las transacciones que ocurren en el momento del cuidado en la relación humano (enfermera) – humano (paciente), su importancia radica en el rápido crecimiento y desarrollo de los sistemas tecnológicos complejos en el ámbito de la salud.

El enfoque del cuidado humanizado y el enfoque que presenta la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del adulto mayor sano convergen en que ambos consideran que es importante el mantenimiento de la capacidad funcional del adulto mayor y el mantenimiento de su autonomía dentro de su contexto situacional que poseen vinculación directa

1.2 Descripción del área problemática

El presente estudio se lleva a cabo en la provincia de Colon, una de las 10 provincias de la República de Panamá, con una extensión territorial de 4 868,4 km² y una población de 232 748 habitantes según el censo del 2010. Esta constituida por cinco distritos, cuarenta corregimientos y quinientos veintiocho lugares poblados

La provincia de Colon cuenta con un solo hospital de segundo nivel de atención. El Complejo Hospitalario Manuel Amador Guerrero instalación hospitalaria de mayor complejidad con una disponibilidad de 320 camas, presenta un 89% de ocupación en todas sus salas de hospitalización (registros médicos, 2015). Su área de construcción está integrada por un edificio principal distribuido en seis pisos y una terraza. Brinda servicios a la población asegurada y no asegurada las 24 horas al día, ofreciendo servicios tales como Medicina General, Ginecología, Obstetricia, Cirugía General, Cirugía Vascular, Cirugía Plástica, Pediatría, Neonatología, Medicina Interna y Especializada, Urología, Dermatología, Psiquiatría, Laboratorio clínico, Radiología Médica, Farmacia, Enfermería, Servicio Social, Banco de Sangre, Consulta externa de Ortopedia, Endoscopia y Ultrasonido.

Para los efectos de esta investigacion, los sujetos de estudio se encuentran en esta instalacion hospitalaria especificamente en las salas de medicina y cirugia. En el cuadro N° 1 se presentan algunas características generales de estos servicios como lo son su ubicacion, las especialidades que ofrece, su capacidad, porcentaje de ocupacion y el recurso medico y de enfermeria con que dispone.

Las enfermeras que forman parte del recurso humano de esta instalacion dia a dia se preocupan por el bienestar de sus pacientes a traves de acciones directas para satisfacer sus necesidades de forma holistica, sin embargo, se escuchan muchas quejas por parte de pacientes y familiares sobre el cuidado deshumanizado que reciben por parte de la enfermera. Por tal razon, se hace necesario realizar esta investigacion con el fin de poder determinar cual es la percepcion del cuidado humanizado brindado por la enfermera desde la perspectiva del adulto mayor hospitalizado en las salas de medicina y cirugia y su relacion con su nivel de funcionalidad.

CUADRO N° 1 Características generales y organización de las salas de medicina y cirugía del Complejo Hospitalario Manuel Amador Guerrero

Salas	Sala 1	Sala 2	Sala 5	Sala 8
Características	Medicina de mujeres	Cirugía de varones	Cirugía de mujeres	Medicina de varones
Ubicación	Cuarto piso	Quinto piso	Quinto piso	Cuarto piso
Especialidades que se brindan	Medicina interna Gastroenterología Dermatología Cardiología Nefrología Psiquiatría Endocrinología	Cirugía general Ortopedia Cirugía plástica Urología Maxilofacial Neurocirugía	Cirugía general Ortopedia Cirugía plástica Urología Maxilofacial Neurocirugía Ginecología	Medicina interna Gastroenterología Dermatología Cardiología Nefrología Psiquiatría Endocrinología
Capacidad de ocupación	45	46	37	36
Porcentaje de ocupación	67.6	68.7	71.1	81
Número de médicos	28	27	24	25
Número de enfermeras	7	7	7	9
Número de técnicos de enfermería	9	8	8	8

Fuente: departamento de Registros Médicos y Estadísticas del Hospital Manuel Amador Guerrero Colón año 2015

1.3 Justificación

La interacción entre la enfermera y el paciente en las diversas áreas de atención de salud está mediada permanentemente por la demanda de cuidado directo relacionado con el tratamiento específico como por las necesidades de información y educación del enfermo y su familia, que abarca desde los problemas amplios y complejos hasta asuntos de la cotidianidad derivados del contexto situacional de la enfermedad asociado a su grado de funcionalidad.

Esta investigación es conveniente ya que permitirá identificar lo que el paciente considera más significativo para su cuidado y la enfermera podrá comprender los requerimientos y necesidades específicas del paciente desarrollando las actividades que contribuyan a dignificar y humanizar los cuidados hacia los ancianos, población que presenta un acelerado crecimiento reflejado en las estadísticas previamente señaladas.

Es de relevancia social porque favorecerá la implementación de la evaluación del cuidado holístico y humanizado en forma periódica, garantizando un cuidado eficiente, a la vez que dará respuesta a la implementación de medidas para promover y mejorar la calidad del cuidado de los adultos mayores. Compromiso adquirido por Panamá durante la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento (2002).

En cuanto a las implicaciones prácticas, permitirá reorganizar la práctica de la enfermería al contribuir al reforzamiento del currículo de los programas de enfermería de las universidades, formando enfermeras integrales mediante el fortalecimiento de competencias orientadas hacia aspectos fundamentales en la formación profesional como lo son el cuidado humano, la ética y el empleo de las prácticas comunicativas.

1 4 El problema

De acuerdo con los razonamientos que se han venido señalando y lo que plantea la Organizaci3n Mundial de la Salud en cuanto a que toda persona tiene derecho al mas alto nivel de salud, al trato humanizado y holistico, nos lleva a formular la siguiente interrogante

¿Cual es la percepci3n del cuidado humanizado brindado por la enfermera desde la perspectiva del adulto mayor hospitalizado en las salas de medicina y cirugia y su relacion con su nivel de funcionalidad?

1 5 Objetivos

1 5 1 General

Determinar la relacion entre la percepci3n de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera y el nivel de funcionalidad del adulto mayor hospitalizado en los servicios de medicina y cirugia en el Complejo Hospitalario Manuel Amador Guerrero (CHMAG)

1 5 2 Especificos

- ✓ Caracterizar a la poblaci3n adulta mayor del estudio segun datos sociodemograficos
- ✓ Caracterizar la percepci3n de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera desde la perspectiva del adulto mayor hospitalizado en el servicio de

medicina y cirugía a través de la escala de percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE)

- ✓ Valorar la percepción del cuidado brindado por la enfermera al adulto mayor hospitalizado en las salas de medicina a través de la escala de percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE)
- ✓ Caracterizar la funcionalidad del adulto mayor a través de la Escala del Índice de Barthel versión modificada de Shah
- ✓ Identificar el nivel de funcionalidad del adulto mayor con respecto a las actividades de la vida diaria aplicando la escala del Índice de Barthel versión modificada de Shah
- ✓ Relacionar la percepción del cuidado humanizado de la enfermera desde la perspectiva del adulto mayor con su nivel de funcionalidad aplicando el cuestionario de percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería y la escala del Índice de Barthel versión modificada de Shah

1.6 Hipótesis

Para la presente investigación se plantean las siguientes hipótesis, según el alcance se proponen hipótesis de correlación transeccional ya que la medición del fenómeno ocurre en un tiempo determinado, único en una población definida. Es correlacional, pues en ella se relacionan dos variables: el comportamiento de cuidado de la enfermera y el nivel de funcionalidad del adulto mayor.

H₀: No existe relación entre la percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera y el nivel de funcionalidad del adulto mayor hospitalizado.

H₁: Existe relación entre la percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera y el nivel de funcionalidad del adulto mayor hospitalizado.

1.7 Variables

En nuestra investigación hablamos de correlación de variables, ya que existe una relación simple de variables por lo cual no hay variable dependiente e independiente.

Las variables principales que guían esta investigación las constituyen las variables aleatorias como son la percepción de comportamientos de cuidado humanizado y el nivel de funcionalidad del adulto mayor.

1.8 Definición de Variables

Variable	Definiciones	
	Conceptual	Operacional
Percepción de comportamientos de cuidado humanizado	Comprende la apreciación dada por el paciente sobre las acciones realizadas por el personal de enfermería, que dan lugar al respeto, consideración, comprensión e	Es la expresión referida por el paciente adulto mayor respecto al cuidado que recibe de la enfermera y que experimenta a través de un proceso interactivo enfermera/paciente, medible a

	<p>interes por la salud y recuperacion del usuario, creando asi una relacion interpersonal con la que el usuario se siente comodo y satisfecho al ser atendido en todos los contextos de su ser</p> <p>Vargas Melgarejo (2005)</p>	<p>traves del cuestionario de Percepcion de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera de (PCHE) de Rivera y Triana, (2007) el cual considera 9 dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos del paciente • Caracteristicas de la enfermera • Apoyo emocional • Apoyo fisico • Cualidades del hacer de la enfermera • Proactividad • Empatia • Priorizar al ser cuidado • Disponibilidad para la atencion
Adulto mayor	<p>El concepto adulto mayor se define como la etapa de la vida que comienza alrededor de los 60 años hasta la muerte Teresa Orosa Fraiz (2003)</p>	<p>Para este estudio se considera al adulto mayor como aquella persona que tiene 60 años y mas y que no presente problemas de demencia senil o cualquier otro deterioro mental, lo cual se podra detectar a traves de la aplicacion del test del reloj de Thalman B (1996), la cual ofrece una informacion sobre la percepcion visual,</p>

		coordinacion visomotora, capacidad visoconstructiva de planificacion y ejecucion motora
Nivel de funcionalidad del adulto mayor	Se entiende por funcionalidad a la capacidad del sujeto para realizar sus actividades diarias y funcionalidad geriátrica como la capacidad de un adulto mayor para realizar de manera independiente o autónoma las actividades básicas de la vida diaria o cotidiana (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) como alimentación, continencia, transferencia, uso del sanitario vestido baño, cocinar realizar las compras labores domésticas limpieza de la casa, utilización del teléfono, lavado de la ropa, viajar, tomar medicamentos administración de los gastos personales, respectivamente (Morales 2000)	El nivel de funcionalidad en el presente estudio se abordará como la capacidad que tiene el adulto mayor para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD), clasificables y medibles a través de la escala del índice de Barthel o escala de Barthel, versión modificada propuesta por Shah, (1989) Esta escala mide la capacidad de una persona para realizar 10 actividades de la vida diaria, que se consideran básicas, en relación con 5 niveles. Estas actividades como comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete bañarse/ ducharse desplazarse subir/bajar escaleras vestirse/desvestirse control de heces y control de orina y los niveles describen la capacidad que tenga o no el individuo de realizar dichas actividades siendo estos

		<p>niveles Incapaz de hacerlo Intenta pero inseguro Cierta ayuda necesaria, Minima ayuda necesaria, Totalmente independiente</p> <p>De acuerdo con estas actividades y niveles se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones segun la capacidad del adulto mayor examinado lo cual nos brinda una estimacion cuantitativa de su grado de independencia de acuerdo a la interpretacion sugerida por Shah</p> <p>0 20 Dependencia total 21 60 Dependencia severa 61 90 Dependencia moderada 91 99 Dependencia escasa 100 Independencia</p>
<p>Variables sociodemograficas</p> <ul style="list-style-type: none">• Edad• Sexo• Grado de escolaridad• Estado civil• Ocupacion	<p>Son indicadores o conjuntos de datos de naturaleza social y economica que describen las características de una poblacion de su analisis pueden hacerse interpretaciones del comportamiento poblacional en un escenario determinado, permiten proyecciones y</p>	<p>Estos indicadores sociodemograficos representan las características personales de los sujetos de estudio, tales como edad, sexo grado de escolaridad, estado civil y ocupacion, medibles a traves de la hoja de datos sociodemograficos</p>

	predicciones que invitan a la reflexion del investigador y a la busqueda de posibles soluciones (Tejada 2012)	
--	---	--

1.9. Supuesto teorico que guia la investigación y sera sujeto a comprobacion

La Teoria del cuidado humanizado de Jean Watson es la que fundamenta este estudio. Tiene una estructura basada en el humanismo, de orientacion fenomenologica, posee 10 supuestos de los cuales se escogio uno para la comprobacion o verificacion a traves de la estadistica, generando nuevos conocimientos, el mismo dice *‘Enfermeria es una profesion de cuidado la enfermera posee la habilidad de mantener el cuidado ideal e ideologico en la practica influyendo en el desarrollo humano de la civilizacion y determinando la contribucion de enfermeria a la sociedad’* (Watson 2008)

Para su mejor comprension del estudio se relaciona y fusiona el supuesto teorico y el fenomeno objeto de estudio utilizando el siguiente esquema

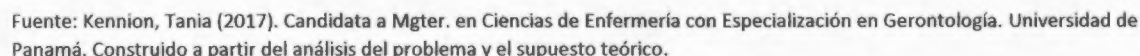
<i>Supuesto teorico</i>	<i>Fenomeno de estudio</i>
<i>Enfermeria es una profesion de cuidado la enfermera posee la habilidad de mantener el cuidado ideal e ideologico en la practica influyendo en el desarrollo humano de la civilizacion y determinando la contribucion de enfermeria a la sociedad</i>	<i>Percepcion de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera desde la perspectiva del adulto mayor hospitalizado y su relacion con su nivel de funcionalidad</i>

En donde

Fenomeno	Elemento teorico
Percepcion de comportamientos	Es la habilidad de mantener un cuidado ideal por parte de la enfermera
Cuidado humanizado de la enfermera	Es el cuidado ideal e ideologico en la practica de la enfermera
Nivel de funcionalidad	Influyendo en el desarrollo humano (Ocurre a traves de la interaccion enfermera paciente) Provoca cambios en el adulto mayor categorizándolo segun su grado de dependencia

Al relacionar el problema o fenomeno con el supuesto teorico, esto nos permite apoyarnos en elementos de un marco referencial que explican o ayudan a comprobar los fenomenos que se producen

Lo antes expuesto se resalta en el siguiente esquema



Al analizar el esquema presentado podemos decir que el adulto mayor hospitalizado presenta alteraciones propias del envejecimiento y secuelas de cronicidad manifestadas a través de alteraciones para la satisfacción de las actividades básicas de la vida diaria, por lo que amerita cuidados específicos, los cuales ocurren a través de la interacción

enfermera/paciente, donde la enfermera brindara un cuidado humanizado, el cual Watson (2008), identifica como cuidado ideal o ideológico

El cuidado humanizado se percibira por medio de la interaccion enfermera adulto mayor, a traves de los comportamientos de cuidado humanizado medibles por el indicador empirico ‘cuestionario de percepcion de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera’ de Rivera y Triana (2007), este cuestionario posee nueve dimensiones los cuales son sentimientos del paciente, características de la enfermera, apoyo emocional, apoyo físico cualidades del hacer de la enfermera, proactividad, empatia, priorizar al ser cuidado y disponibilidad para la atencion

Para evaluar la satisfaccion del cuidado humanizado del adulto mayor se considera la ejecucion de las siguientes actividades basicas de la vida diaria tales como comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse, subir/bajar escaleras vestirse/desvestirse control de heces y control de orina, los cuales son medibles a traves de la escala del Índice de Barthel version modificada propuesta por Shah, (1989), que permite categorizar al adulto mayor de acuerdo a su grado de dependencia el cual puede ser total severo moderado escaso o totalmente independiente Estas categorias van a influir en el desarrollo del adulto mayor como ser humano (Watson 2008)

CAPITULO II MARCO DE REFERENCIA

2 1 Percepcion

2 1 1 Etimologia

La palabra percepcion deriva del termino latino *perceptio*, describe tanto la accion como la consecuencia de percibir (es decir, de tener la capacidad para recibir mediante los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas, o comprender y conocer algo) Perez y Gardey 2008

2 1 2 Conceptualizacion

En cuanto al concepto de percepcion se ofrecen diversas definiciones de las cuales resaltaremos los planteamientos de algunos autores con el fin de profundizar en el termino

Segun la psicologia clasica de Neisser (1991), la percepcion es un proceso activo constructivo en el que el perceptor, antes de procesar la nueva informacion y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite contrastar el estimulo y aceptarlo o rechazarlo segun se adecue o no a lo propuesto por el esquema, se apoya en la existencia del aprendizaje

Por su parte Feldman (1995), define percepcion como la elaboracion interpretacion, analisis e integracion de los estímulos captados por los organos de los sentidos

Segun Sierra (2006), la percepcion se refiere al proceso mental del ser humano que le permite hacer una organizacion representativa y clara de aquello que obtiene de su

entorno. Estos autores coinciden en que para que se de el proceso de percepcion debe existir una interaccion entre los conocimientos o experiencias previas y los estímulos, en este proceso el individuo entra en contacto con su entorno, recibe toda una serie de estímulos, todos sus sentidos se alertan se enfrenta a situaciones que le llaman la atención atribuyéndoles significados, formando parte de un proceso en el cual unifica las partes para darle sentido, es decir formando un todo y lo prepara para dar respuesta de acuerdo a los acontecimientos.

Por su parte Hermann L F Helmholtz, en su definición de percepcion introduce el concepto de dimension de la calidad, lo cual segun Molina (2011), se relaciona con experiencias sentidas y expresadas por el paciente teniendo esto que ver con el área afectiva, la sensación de bienestar y/o de protección, estos elementos poseen un matiz subjetivo dado que cada individuo puede considerar en forma distinta a otros un mismo evento, una misma situación y darle un significado muy propio.

Desde la perspectiva de enfermería, Imogene King, citado por Marriner (2003), plantea que la percepcion desde el punto de vista del paciente/cliente, es la imagen que el individuo tiene de su condición los cuales deben ser identificados y atendidos por la enfermera, y en la medida que esto se de se crea un sentimiento de bienestar tanto del paciente como por parte de la enfermera por la satisfacción que le causa la labor realizada.

En el campo de la enfermería, la experiencia del sujeto que recibe el cuidado está influenciada por la satisfacción y el aprendizaje, elementos que intervienen significativamente en la percepcion pues están fundados en la base del conocimiento, así

como en juicios y razonamientos acertados dentro de un marco de actividad orientada hacia objetivos. El valor de la percepcion es importante cuando el usuario valora la satisfaccion de sus necesidades brindada por parte del cuidador. Por lo tanto, la percepcion es la imagen o sentimiento que percibe el individuo sobre una situacion, objeto o persona determinada. En consecuencia, la percepcion que tenga el usuario del cuidado brindado es una de las mejores formas de evaluar el cuidado humanizado que brinda la enfermera(o) en cuanto a considerar al adulto mayor como un ser humano holistico abordando las diversas dimensiones que influyen en su bienestar.

2.1.3 Características de la percepcion

Ramos (2010), considera que la percepcion de un individuo es subjetiva, selectiva y temporal.

Es subjetiva, ya que las reacciones a un mismo estimulo varian de un individuo a otro. Ante un estimulo visual, se derivan distintas respuestas. Lo cual va a depender de las necesidades o experiencias que se tengan en ese momento.

Es selectiva, a consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en funcion de lo que desea percibir.

Es temporal, ya que es un fenomeno a corto plazo. La forma como los individuos llevan a cabo el proceso de percepcion evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias o varian las necesidades y motivaciones de los mismos.

2.1.4 Componente de la percepcion

Ramos (2010), igualmente señala que en la percepcion intervienen tres componentes o elementos estrechamente asociados. Estos no se dan por separado, sino que constituyen una unica realidad.

Proceso sensorial Nada llega a nuestros conocimientos, si antes no llega a nuestros sentidos. La sensacion constituye la fase inicial en la percepcion de la informacion.

Proceso simbolico La percepcion implica una estructuracion de la realidad, interpreta y organiza la informacion recibida sensorialmente.

Proceso afectivo En nuestras relaciones con el mundo, no podemos desentendernos de nuestra forma peculiar de ser, ni de nuestra experiencia previa. La percepcion es un acto de toda nuestra vida.

2.2 Cuidado

2.2.1 Etimologia

Etimologicamente la palabra cuidado procede del latín *cogitatus* pensamiento. Tiene el significado de asistir, guardar, conservar, recelar o preocuparse por algo o alguien.

El cuidado se encuentra en la raíz primera del ser humano y representa un modo de ser esencial, presente, irreductible, constituyente y base posibilitadora de la existencia humana.

2 2 2 Conceptualización

En sentido general, el cuidar se refiere a la preocupación por el compromiso y el deseo de actuar en beneficio de las personas con las que se tiene una relación estrecha

El cuidado se plantea como algo indispensable que necesitan todas las personas a lo largo de su vida, pero en diferentes medidas dependiendo de su condición

Consiste en desarrollar acciones de acuerdo con la condición del individuo, con el fin de ayudar a mejorar su salud y seguridad

Con respecto al concepto de cuidado diversos autores han planteado sus definiciones, las cuales se presentan a continuación

El cuidado para Gilligan (1982), consiste en la acción de promover el crecimiento y la salud facilitando el bienestar, la dignidad, el respeto, la preservación y extensión de las potencialidades humanas dentro de las limitaciones y circunstancias de la enfermedad

Izquierdo (2003), por su parte señala que los cuidados son una necesidad multidimensional de todas las personas en todos los momentos del ciclo vital, aunque en distintos grados, dimensiones y formas Constituyen la necesidad más básica y cotidiana que permite la sostenibilidad de la vida

Para García Calvente y otras (2004), el «trabajo» de cuidar incluye atención personal e instrumental, vigilancia y acompañamiento, cuidados sanitarios y la gestión y relación con los servicios sanitarios Cuidar también implica dar apoyo emocional y social En definitiva, cuidar significa «encargarse de» las personas a las que se cuida

Para enfermería, cuidar tiene un significado mucho mas amplio y se refiere basicamente al aspecto humano y su interaccion con el ser cuidado acompañados de acciones, actitudes y comportamientos de cuidar. Es la esencia de la disciplina la cual aplica no solamente al receptor, sino tambien a la enfermera como transmisora del cuidado.

Teoristas como Leninger y Abdellah, coinciden en cuanto al concepto de cuidar resaltandolo como la actividad que realiza la enfermera para satisfacer las necesidades de las personas con el objetivo de mejorar su condicion o lograr su bienestar.

Dorothea Orem (1971), lo define como *una actividad orientada hacia el objetivo de satisfacer necesidades determinadas*. significa entonces, que el cuidado que brinde la enfermera(o) va estar dirigido a aquellas limitaciones especificas que presente la persona.

Para Mayeroff (1971) cuidado es *ayudar al otro a crecer y a realizarse como persona. Es una manera de relacionarse con alguien que implica desarrollo*. Esto nos debe permitir entender lo importante que es brindar un cuidado humanizado al paciente, haciendolo sentir que sus necesidades estan siendo atendidas.

Por su parte J. Watson (2005) nos dice que cuidar significa *compromiso con* cuya finalidad principal es conservar los aspectos espirituales, mentales, emocionales y fisicos de la persona, los cuales a mi juicio representan elementos indispensables para ofrecer un cuidado humanizado.

El cuidado incluye por lo tanto, la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer solo con respecto a sus necesidades básicas, es decir sustituir a la persona cuando ella no puede auto-cuidarse. En igual medida cuidar representa el deseo de restablecer la condición de salud de la persona, de tal forma que este pueda satisfacer sus necesidades.

Revisando las definiciones anteriores, para los efectos del presente estudio conceptualizamos el cuidado como una relación interpersonal enfermera – adulto mayor donde la enfermera brinda una atención oportuna, continua y holística con el fin de satisfacer las necesidades de este paciente.

2.2.3 Comportamiento de cuidado

Diversas teoristas en Enfermería han identificado y descrito los comportamientos relacionados con el cuidado. Desde este enfoque Leininger en Marriner (2007), indica que a través del estudio de muchas culturas se ha podido apreciar que ayudar o asistir a otros es una conducta común. Por su parte Benner (1984) vio el cuidado desde la perspectiva de ciertos roles de ayuda con los que se comprometen las enfermeras, de los cuales resaltamos aspectos como asistencia para la satisfacción de las necesidades humanas proporcionar confort y manejo del paciente con dolor, brindar una efectiva comunicación no verbal que el paciente pueda percibir a través del tacto y los gestos con que se expresan afectos y mantener una comunicación directa tanto con el paciente como con sus cuidadores.

Watson (1985) describió los 10 factores de cuidado que luego denomina como procesos de cuidado (2008), estos factores de cuidado según ella, son los que la enfermera usa a medida que incorpora el cuidado en su práctica, estos factores también enfocan las cualidades de la enfermera, al igual que sus comportamientos de cuidado a medida que ella los usa al interactuar con sus pacientes. Estos procesos curativos incluyen los siguientes aspectos

- 1 Formación humanista altruista en un sistema de valores
- 2 Incorporación de la fe esperanza
- 3 Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros
- 4 Desarrollo de una relación de ayuda y confianza
- 5 Aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos
- 6 Uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial
- 7 Promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal
- 8 Creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico mental espiritual y sociocultural
- 9 Asistencia con la gratificación de necesidades humanas
- 10 Reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales

Estos factores expuestos por Watson permiten establecer aspectos fundamentales propios del cuidado que debe brindar la enfermera, de tal forma que se garanticen las condiciones necesarias para resolver o restaurar los problemas de salud de nuestros pacientes/clientes

2 2 4 Cuidado humanizado

2 2 4 1 Conceptualizacion

El cuidado humanizado Rivera y Triana (2007), lo definen como el conjunto de acciones fundamentadas con la relacion entre paciente – enfermera(o), ademas del dominio de lo tecnico – cientifico orientado a comprender al otro en el entorno en que se desenvuelve

El cuidado humanizado involucra valores, voluntad, compromiso para cuidar, conocimientos, acciones de cuidado y consecuencias Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud–enfermedad interaccion persona medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermeria, autoconocimiento, conocimiento del poder de si mismo y limitaciones en la relacion de cuidado Grupo de cuidado (2000)

En relacion a lo señalado por estos autores, el cuidado humano representa la esencia de la formacion y desempeño del profesional de enfermeria, el cual debe estar centrado en la persona, es por tanto un proceso complejo que integra sistemas de procesos biologicos, psicicos y sociales y sus interacciones, que forman parte de la actividad

humana y que garantizan la estabilidad o inestabilidad, la existencia o muerte del hombre

Watson J (2005), refiere que el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente. Según lo citado, el cuidado humano requiere una interacción de componentes científicos, académicos, clínicos, humanitarios y morales. Cabe agregar entonces que solo se brinda cuidado humanizado verdadero, cuando el profesional de enfermería pone en práctica las siguientes cualidades como lo son: la empatía, responsabilidad, moral, conocimiento, ética, espiritualidad y humildad.

2.2.4.2 Componentes del cuidado humanizado

Diversos autores han señalado aspectos importantes sobre el cuidado, uno de ellos es Mayeroff (1971) el cual plantea que el cuidado es un proceso de ayudar a otros a crecer y actualizarse, a través de la confianza mutua y por medio de profundización y transformación cualitativa de la relación.

Este autor resalta que el cuidado es un componente crucial y vital en la enfermería. Considera el cuidado como un proceso que ofrece tanto a los cuidadores y cuidados oportunidades de crecimiento personal, lo cual se podrá lograr a través de la integración de los siguientes componentes del cuidado: conocimiento, ritmos alternados, paciencia,

sinceridad, confianza, humildad esperanza y coraje, los cuales interpretamos de la siguiente forma

- *Conocimiento* Comprender las necesidades de la otra persona, sus fortalezas y debilidades y ser competente para responder adecuadamente a estas
- *Ritmos Alternados* De acuerdo a las experiencias vividas debo analizar mi comportamiento y acciones para así poder brindar una mejor ayuda a la persona que me necesite
- *Paciencia* darle el tiempo y espacio a las personas de avanzar a su propio ritmo y así poder encontrarse a sí mismo igualmente debo aplicar este componente en mi propio desempeño
- *Sinceridad* es importante reconocernos como somos y sí lo que estamos haciendo rinde en beneficio de otros esto nos debe llevar a aceptar a las personas tal como son y sin ningún tipo de prejuicios
- *Confianza* es la esperanza que se tiene de que la otra persona a pesar de sus equivocaciones va lograr sus objetivos en la forma y momento que así lo decida, por otro lado debo confiar en mis juicios y tener la habilidad para aprender de mis errores
- *Humildad* se demuestra a través de nuestro constante deseo por aprender de los demás y de nosotros mismos ya que debemos reconocer que nunca terminamos de aprender

- *Esperanza* que nuestros cuidados se verán reflejados a través del bienestar del paciente
- *Coraje* enfrentar los retos con poder y decisión

Estas características definidas por Mayeroff (1971), radican en una serie de aspectos tanto internos como externos que debe poseer la enfermera para brindar cuidados humanizados, significa entonces que para cuidar tengo que tener presente que la persona debe ser el eje central de mi actuar y estos cuidados se verán reflejados en el crecimiento personal del individuo

2.3 Estudios realizados sobre percepción de comportamientos de cuidado

Se han realizado diversos estudios con el fin de conocer la percepción que tienen los pacientes en cuanto al cuidado humanizado que brinda la enfermera a través del cuestionario de percepción de comportamiento humanizado, consideramos importante presentar los resultados de los mismos

Rivera y Triana (2007) resaltaron los siguientes resultados el 86.7% de los pacientes hospitalizados siempre perciben cuidado humanizado el 12.04%, casi siempre lo perciben y el 1.09% algunas veces percibieron dichos cuidados. En lo que respecta a los comportamientos de cuidado humanizado los más relevantes fueron aquellos en donde se priorizo a la persona (89.5%), aquellos referentes a las cualidades de la enfermera/o (89.4%), las relacionadas a las características de la enfermera/o (89.8%) Los

comportamientos de cuidados humanizados que fueron percibidos en menor medida fueron la empatía (77,7%), el apoyo emocional (79,6%), la proactividad (80,5%) y la disponibilidad para la atención (85,4%)

En Colombia, Gonzalez y Quintero (2009) realizan su investigación en el servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención, aplicados a 30 pacientes, se obtuvo que el 73% de los pacientes siempre percibieron comportamiento de cuidado humanizado por parte de las enfermeras, 11% casi siempre, 12% algunas veces, 4% nunca percibieron un trato humanizado

Patarroyo y Torres (2011), presentaron los siguientes resultados de pacientes que recibieron atención en el servicio clínico de heridas en una institución de cuarto nivel en Bogotá: el 60% percibieron ‘siempre’ comportamientos de cuidado humanizado, siendo la dimensión ‘sentimientos del paciente’ con mayor porcentaje (80%) y la de menor porcentaje la dimensión proactividad con un 50,8%

Bettancourt y Landman, (2014), en Chile obtuvieron los siguientes resultados en pacientes hospitalizados con respecto a la percepción global: el 84,06% siempre percibió cuidado humanizado, 11,59% casi siempre, 4,35% algunas veces. Las categorías con mayor percepción fueron cualidades del hacer (95,75%), priorizar al ser cuidado (94,93%), apoyo físico (94,20%). Las categorías de menor percepción son apoyo emocional (92,75%), proactividad (90,58%) y empatía (90,58%)

En la investigación realizada por Bautista, Parra, Arias y otros (2015) presentaron sus resultados obtenidos de la muestra con 269 pacientes, de los cuales el género que más predominó fue el masculino, evidenciado por un 57%, seguido del femenino con un 43%,

el rango de edad que predominó en los usuarios hospitalizados fue de 50 a 70 años. El 72% de los usuarios hospitalizados percibieron como excelentes los comportamientos del cuidado humanizado, un 25% como bueno y solamente un 3% como regular. Cabe destacar que, dentro de lo referido por los encuestados, ninguna persona evaluó como malos los cuidados brindados por la enfermera. Las categorías sentimiento del paciente, apoyo físico, priorización al ser cuidado y cualidades del hacer de la enfermera fueron las de mejor calificación por parte de la población objeto de estudio, mientras que disponibilidad para la atención, dar apoyo emocional, y empatía tuvieron los valores más bajos de calificación.

Esta información nos permitirá comparar y contrastar con los resultados que arroje nuestra investigación.

2.4 Adulto mayor y su funcionalidad

En 'La Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento' convocada por la Organización de las Naciones Unidas en Viena en 1982 se acordó considerar como ancianos a la población de 60 años y más.

El concepto adulto mayor presenta un uso relativamente reciente, el mismo ha aparecido como alternativa para designar a las personas de la tercera edad y ancianos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) considera como adultos mayores a quienes tienen una edad mayor o igual de 60 años en los países en vías de desarrollo y

de 65 años o mas a quienes viven en paises desarrollados Estas diferencias cronologicas obedecen a las caracteristicas socio economicas que tienen unos y otros paises

Esta organizacion conceptualiza el envejecimiento como un Proceso fisiologico que comienza en la concepcion y ocasiona cambios en las caracteristicas de las especies durante todo el ciclo de la vida, esos cambios producen una limitacion de la adaptabilidad del organismo en relacion con el medio Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos organos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales

Segun Kane (2001), el envejecimiento es un proceso universal, dinámico, acumulativo irreversible con componentes fisicos, psiquicos y sociales Es la suma de todos los procesos que se presentan en el ser humano con el paso del tiempo, que conducen al deterioro funcional, a mayor vulnerabilidad y a la muerte, y que esta determinado por tres factores el envejecimiento propiamente dicho, consecuencia natural del paso de los años, la enfermedad y el desuso

La OMS y OPS (2012), definen a un adulto mayor funcionalmente sano como aquel capaz de enfrentar este proceso de cambio, con un nivel adecuado de adaptacion funcional y de satisfaccion personal y no por las limitaciones, discapacidades o enfermedades que presente

Asi, la calidad de vida de las personas mayores esta estrechamente relacionada con la capacidad funcional y el conjunto de condiciones que le permiten mantener su participacion en su propio autocuidado y en la vida familiar y social Fernandez y Zamarro (1996) citado por Zavala, Vidal, Castro, Quiroga, y Klassen (2006)

La funcionalidad geriátrica es la capacidad que tienen un adulto mayor para realizar de manera independiente o autónoma las actividades básicas de la vida diaria o cotidiana (alimentación, continencia, transferencia, uso del sanitario, vestido y baño) e instrumentales (cocinar, realizar las compras, labores domésticas limpieza de la casa, utilización del teléfono lavado de la ropa, viajar toma de medicamentos, administración de los gastos personales) Morales (2000)

Para Spiridus y Mc Rae (2004) citados por Segovia y Torres (2011), la capacidad funcional del adulto mayor es definida como "el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno". Dicha capacidad viene determinada, fundamentalmente, por la existencia de habilidades psicomotoras, cognitivas y conductuales. La habilidad psicomotora, entendida como la ejecución de habilidades praxicas que requieren la actividad coordinada muscular, junto con un proceso cognitivo de intencionalidad, que son las bases para las actividades de la vida diaria.

Dentro de la evaluación integral en geriatría, cabe destacar el concepto de funcionalidad física, psíquica y la valoración integral. Durante la vida temprana se produce el crecimiento y desarrollo. En la vida adulta se mantienen, en general, todas las funciones, pero se producen algunas pérdidas y riesgos, a veces en forma inadvertida, y en la edad mayor cobra un peso importante la pérdida de independencia y el origen de la discapacidad, Gonzalez (2007).

El deterioro funcional es común en el adulto mayor, donde existen causas potenciales que contribuyen al mismo como los cambios relacionados con la edad, factores sociales

y/o enfermedades cerca del 25% de los pacientes adultos mayores de 65 años de edad requieren ayuda para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) bañarse, vestirse, alimentarse, trasladarse, continencia y aseo igualmente para actividades instrumentadas de la vida diaria transporte, compras, cocinar utilizar el telefono, manejo del dinero, toma de medicamentos tareas de limpieza domestica, lavar ropa. El 50% de los pacientes mayores de 85 años de edad necesitan ayuda de otra persona para ABVD Reyes y Aguilar (2009) citado por Segovia y Torres (2011)

Al revisar la informacion sobre la funcionalidad del adulto mayor encontramos un informe presentado por Moreno, Gomez y Miralles (2016), en donde analizaron la funcionalidad de un grupo de pacientes mayores de 65 años con la escala o Índice de Barthel, y obtuvieron los siguientes resultados 13 2% de los adultos mayores eran totalmente dependientes, 7 5% con dependencia severa, un 28 3% con dependencia moderada, 35 8% dependencia leve y un 15 1% totalmente independiente, concluyeron que el porcentaje de personas dependientes y que precisan ayuda para cubrir las necesidades basicas de la vida diaria, es mayor que el porcentaje de personas independiente para realizarlas excepto en la necesidad comer / beber en la que un 54,7% de los pacientes son independientes

CAPITULO III MARCO TEORICO

3 1 Base filosofica

El presente estudio se fundamenta en la teoria del cuidado humanizado de Jean Watson la cual se sustenta en las teorias filosoficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropologa), Hegel (filosofo), Kierkegaard (filosofo y teologo), Gadow y Yalom (psiquiatra), elabora su teoria llamada 'Del cuidado humano

La Teoria del Cuidado Humanizado de Watson es genuina en el contexto de la enfermeria, situada entre una gran teoria y la teoria practica, clasificada como una teoria de rango medio por Fawcett y Kramer segun su nivel de abstraccion Lierh y Smith la clasifican como de rango medio alto, y otros la clasifican como una gran teoria, Vasquez Eseverri (2010) En el presente estudio se manipulara como teoria de rango medio

Los factores del cuidado presentados por Watson formacion de un sistema humanistico – altruista de valores, inculcacion de la fe esperaza, cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demas, forman la base filosofica Es una teoria filosofica en la que se considera a la persona como "un ser en el mundo La misma tiene en cuenta el alma, el cuerpo y el espiritu La persona se esfuerza en actualizar la relacion entre estos tres, para conseguir la armonia, y son dimensiones que la enfermera ha de tener en cuenta Sosteniendo que el cuidado humano es considerado como una relacion terapeutica basica entre los seres humanos, es ademas relacional transpersonal e intersubjetiva por cuanto va mas alla de lo personal y trasciende la dimension espiritual

La filosofía y ciencia del cuidado planteado por Jean Watson (1988), consiste en el intento transpersonal de proteger, reforzar preservar la dignidad de la persona ayudandola a encontrar sentido a la existencia, aun en el sufrimiento y aumentar su autoconocimiento, control y bienestar con sentido de armonia interna, a pesar de armonias externas

El comprender los fundamentos ontologicos del cuidado y sus componentes teoricos desarrollados por esta teorista, permite claramente dar un sentido coherente y consistente a la enfermeria como una ciencia humana

3 2 Conceptos principales de la teoria

Para visualizar el fenomeno del cuidado desde la percepcion del adulto hospitalizado, lo fundamentaremos en la Teoria de Comportamiento de Cuidado Humanizado de Jean Watson, para tales efectos se utilizaran algunos conceptos propios de la teoria.

La teoria del cuidado humano de Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal por lo tanto, es pionera de la integracion de las humanidades, las artes y las ciencias

Para Watson el riesgo de deshumanizacion del cuidado, ocurre debido a la reestructuracion administrativa que ocurrio en casi todos los sistemas de salud en el mundo, lo que hace necesario el rescate de humanista, espiritual y los aspectos transpersonales (Watson 2006)

Los conceptos principales de la teoría de Jean Watson (2008) (12), son interacción enfermera paciente, campo fenomenológico, relación transpersonal de cuidado y momento de cuidado

Interacción enfermera paciente refiere que es un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera paciente) y que el cuidado humano involucra valores, voluntad, compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud, enfermedad, interacción persona medioambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado

Campo fenomenológico (experiencia humana- realidad) señala que, el verdadero cuidado inicia cuando la enfermera entra en este campo que no es más que el marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana y responde a la condición del ser del paciente (espíritu alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos

Relación de cuidado transpersonal El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trasciende 'persona, tiempo espacio e historia de vida de cada uno. El objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior

Para Watson (2002), la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por

El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/más alto Yo

- El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto

Es aquí donde la preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan en una búsqueda mutua de significado (sentido) e integridad, y quizás para la trascendencia espiritual de sufrimiento

CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio

Tomando en cuenta el problema planteado y los objetivos señalados, esta investigación responde al paradigma cuantitativo y es de tipo descriptiva, ya que trabajaremos sobre realidades de hecho y sus características fundamentales dando así una interpretación correcta de los hallazgos obtenidos.

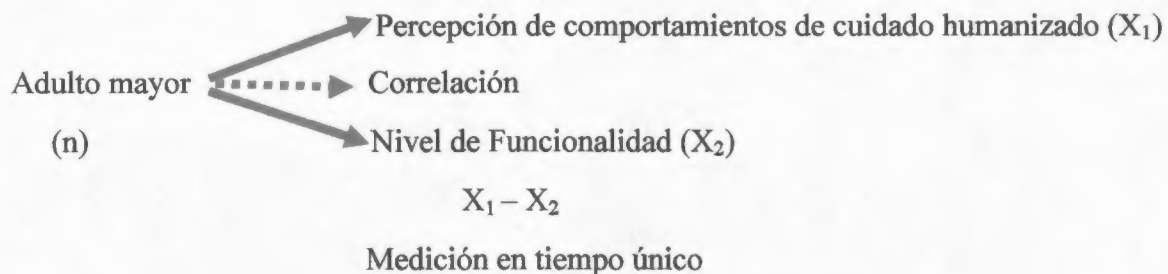
4.2 Diseño

Se trata de un estudio de diseño correlacional. Es transeccional, es correlacional por que determina las relaciones entre dos o más variables; y transeccional porque se mide de manera objetiva el fenómeno en un momento determinado. Los fenómenos a estudiar son: Percepción de comportamientos de cuidado humanizado (desde la perspectiva del adulto mayor), y el nivel de funcionalidad del adulto mayor.

Esquema

X_1 – Percepción de comportamientos de cuidado humanizado

X_2 – Nivel de funcionalidad



4.3 Universo

Todos las personas hospitalizadas en el Complejo Hospitalario Manuel Amador Guerrero

4.4 Poblacion

Todas las personas adultas mayores hospitalizadas en las salas de medicina y cirugía del Complejo Hospitalario Manuel Amador Guerrero entre noviembre – diciembre 2015 y enero – febrero 2016

4.5 Muestra

4.5.1 Determinacion muestral

Se determina el tamaño muestral calculando la misma mediante la formula para estimar proporcion cuando la muestra es infinita propuesta, por Diaz y Fernandez (2002), con confiabilidad del 95%

Formula para calcular el tamaño de la muestra cuando se conoce el tamaño de la poblacion

$$n = \frac{Z^2 * p * q}{d^2}$$

En donde

N= tamaño de la poblacion

Z= nivel de confianza

p=probabilidad de éxito, o proporción esperada

q=probabilidad de fracaso

d^2 = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción)

$$n_{opt} = \frac{1695 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.10^2(1695 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n_{opt} = \frac{1695 \times 3.84 \times 0.25}{0.010 \times 1694 + 3.84 \times 0.25}$$

$$n_{opt} = \frac{1695 \times 0.96}{0.010 \times 1694 + 3.84 \times 0.25}$$

$$n_{opt} = \frac{1627.2}{16.94 + 0.96}$$

$$n_{opt} = \frac{1627.2}{17.9}$$

$$n_{opt} = 90 \text{ pacientes}$$

Se requiere encuestar a no menos de 90 + 2 (por la atrición) pacientes para poder tener una seguridad de 95%, los cuales se seleccionaran por estratos

La distribución muestral según servicio se muestra en la siguiente tabla

Tabla N° 1 Distribución muestral de la población adulta mayor accesible durante un año en las salas de medicina y cirugía del Complejo Hospitalario Manuel Amador Guerrero.

Servicios	Población accesible 2014-2015 (1 año)	Pacientes por servicio	
		No	%
Medicina de varones	586	31 + 1	34.4
Cirugía de varones	296	16	17.8
Medicina de mujeres	624	33 + 1	36.7
Cirugía de mujeres	189	10	11.1
TOTAL	1695	90 +2	100

Fuente: Censo de pacientes de 60 años y más en las salas de medicina y cirugía del Complejo Hospital Manuel Amador Guerrero (febrero 2014 a enero 2015).

4.5.2 Muestreo

Se aplicará un muestreo no probabilística intencional o por conveniencia, ya que “la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra Sampieri (2010).

Para esta investigación la selección de la muestra será según los criterios específicos de inclusión y exclusión, la misma estará conformada por personas adultas mayores.

4.6 Criterios de Selección

Criterios de inclusión:

- Pacientes femeninos y masculinos mayores de 60 años, asegurados y no asegurados hospitalizados en las salas de medicina y cirugía del Complejo Hospitalario Manuel Amador Guerrero.

- Pacientes conscientes y orientados que saben leer y escribir
- Pacientes con disposicion para autorizar su participacion voluntariamente en el estudio a traves de la firma del consentimiento informado
- Pacientes con tiempo de hospitalizacion igual o mayor a tres dias, permitiendo asi tiempo de interaccion suficiente con la enfermera para crear un criterio que permita responder al instrumento

Criterios de exclusion

- Pacientes con demencia senil o cualquier otro deterioro mental, que le impidan tener claridad en el juicio para dar respuestas fiables al instrumento Detectados a traves de la aplicacion del test del reloj
- Pacientes que durante su estancia hospitalaria tengan problemas fisicos que le impidan tener un adecuado estado de conciencia y por ende limitacion en la interaccion con el personal de enfermeria

4.7 Instrumento

En el presente estudio para la recoleccion de la informacion se utilizara una hoja de datos sociodemograficos y tres instrumentos, validados y confiables los cuales son El *Test del Dibujo del Reloj de Thalman B* (1996), El Cuestionario Percepcion de comportamientos de cuidado humanizado de enfermeria (PCHE) de Rivera y Triana

(2007) y La Escala del índice de Barthel (IB) version modificada propuesta por Shah (1989) A continuacion, se presenta la descripcion de cada uno

- Hoja de datos sociodemograficos consta de 9 preguntas cerradas como lo son sexo, edad, escolaridad, estado civil ocupacion previa, ocupacion actual, diagnostico medico, tiempo de hospitalizacion y si cuenta con un cuidador (ver anexo 1)
- El *Test del Dibujo del Reloj de Thalman B* (1996), (ver anexo 2), es un instrumento valido y confiable, presenta Alfa de Cronbach de 0.82 Custodio (2011) Su objetivo es evaluar las capacidades cognitivas de un paciente y detectar un posible deterioro cognitivo Es una prueba muy sencilla que se utiliza para el diagnostico de la enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencia, ofrece una informacion muy valiosa sobre la percepcion visual, coordinacion visomotora, capacidad visoconstructiva de planificacion y ejecucion motora Ello supone poder evaluar la actividad de diferentes funciones cognitivas, como el lenguaje la memoria a corto plazo, las funciones visoespaciales Considera dos fases
 - a Test del Reloj a la orden (TRO)
 - b Test del Reloj a la copia (TRC)

En ambos casos, si el reloj que ha dibujado el adulto mayor esta incompleto, antes de retirar la hoja se pregunta al paciente si considera que el dibujo esta completo y se le dice que se tome el tiempo necesario para hacerlo Cuanto mas baja es la puntuacion total obtenida, mayor es el deterioro cognitivo del paciente La evaluacion se divide en tres partes independientes

- **Esfera** la puntuación va de 0 a 2, en función de si es circular, ovalada, asimétrica o no se ha dibujado
- **Números** si están todos, si hay errores en su colocación dentro de la esfera (o si dibuja alineados), si se han puesto fuera de ella, etc. La puntuación en este caso va de 0 a 4
- **Manecillas** la puntuación de 0 a 4 se determina en función de si se han dibujado o no las dos, si se unen en el centro de la esfera, si la proporción de tamaño es correcta, si la hora que marcan es la que se ha pedido

En la condición de TRO, el punto de corte que muestra una mayor eficacia es el 6. Por tanto, se considera el test como positivo si el valor de la suma de las tres puntuaciones (esfera, números y manecillas) “a la orden” es menor o igual a 6 y como negativo si la suma de las puntuaciones es mayor de 6. Las puntuaciones altas sirven para descartar la enfermedad especialmente las puntuaciones próximas al 8 y al 9. En la condición de TRC, el punto de mayor eficacia es de 8. Por tanto, se considera el test como positivo si el valor de la suma de las tres puntuaciones (esfera, números y manecillas) “a la copia” es menor o igual a 8, y como negativo si la suma de las puntuaciones es superior a 8. El punto de corte de mayor eficacia del TRO+ TRC es 15. Así pues se considera el test como positivo si el valor de la suma de las tres puntuaciones (esfera, números y manecillas) en las dos condiciones del test (orden y copia) es menor o igual a 15, y como negativo si la suma de las puntuaciones es superior a 15.

- **Cuestionario Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE)**, por Rivera y Triana (2007), (ver anexo No 3). Este cuestionario se fundamenta

en la perspectiva filosofica presentada en la teoria transpersonal del cuidado humanizado de Jean Watson donde se resalta el compromiso moral que tiene la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana

Ha sido evaluado y aplicado por docentes y el grupo de cuidado de la Facultad de Enfermeria de la Universidad Nacional de Colombia Su fiabilidad se sustenta a traves de la comprobacion estadistica, el cual presenta un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,977 lo que ratifica la consistencia interna del instrumento aplicado a nuestro pais

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
977	50

Consta de 50 enunciados que componen nueve categorias sentimientos del paciente, características de la enfermera, dar apoyo emocional, dar apoyo físico, cualidades del hacer de la enfermera proactividad empatia priorizacion al ser de cuidado y disponibilidad para la atencion, a traves de estas categorias se establecen diferentes comportamientos Se utiliza una escala de Likert con 4 posibles respuestas

1 corresponde a nunca, 2 algunas veces 3 casi siempre y 4 siempre Para un total de 200 puntos y un puntaje minimo de 50 Ver analisis factorial (anexo No 4)

Para los efectos de la interpretacion de la percepcion de los comportamientos de cuidado humanizado se determinara segun la clasificacion del valor obtenido

Clasificación de la percepción del cuidado	Puntaje obtenido
---	-------------------------

Excelente	200 164
Buena	163–126
Regular	125 88
Mala	87 50

- Escala del índice de Barthel (IB) version modificada propuesta por Shah (1989),
(ver anexo No 5)

La escala fue interpretada por Mahoney (1965) quien señalo que es una ‘Medida generica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realizacion de algunas actividades de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones segun la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades

El objetivo de este instrumento es obtener una medida de la capacidad funcional de los pacientes cronicos, especialmente aquellos con trastornos neuromusculares y musculo esqueléticos

Esta escala permite asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de

ayuda para llevarla a cabo Las AVD incluidas en la Escala del Índice de Barthel (IB) version modificada propuesta por Shah (1989), considera 10 aspectos primordiales aseo personal, bañarse/ ducharse, comer, uso del retrete, subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse control de heces, control de orina, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas) y trasladarse entre la silla y la cama, estas actividades se valoran de forma diferente y segun su capacidad para realizarla se dara un puntaje entre 0, 5 10 o 15, con un puntaje maximo de 100 puntos para la totalidad de la escala (90 si utiliza silla de ruedas)

A cada item se le asigna un puntaje de forma ponderada segun la relevancia de cada actividad por ejemplo, la maxima puntuacion otorgada al item del baño es 5 mientras que para la deambulacion la puntuacion maxima es 15 Observar ponderacion y descripcion (ver anexo No 6), esto se debe a que la independencia en la deambulacion es mas importante para el conjunto de la independencia como un todo que la independencia en el baño

Esta escala aporta informacion tanto a partir de la puntuacion global como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad Esto ayuda a conocer mejor cuales son las deficiencias especificas de la persona y facilita la valoracion de su evolucion temporal

El rango de puntuacion se mantiene entre 0 100 y Shah sugiere la siguiente clasificacion de acuerdo a la puntuacion obtenida del IB

Puntaje		Clasificación
0	20	Dependencia total
21	60	Dependencia severa
61	90	Dependencia moderada
91	99	Dependencia leve
100		Independencia

La confiabilidad o consistencia interna de esta escala, para el contexto panameño con adultos mayores hospitalizados obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,947 (Kennion, Gonzalez 2016)

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
947	10

4.8 Procedimiento

El procedimiento se desarrollo en 6 puntos los cuales se desarrollan a continuacion

- Entrega de la carta de solicitud y autorización para el desarrollo de la investigación al Director del Complejo Hospitalario Manuel Amador Guerrero de la Caja de Seguro Social, Región de Colón al igual que a la Dirección de Enfermería (ver anexo No 7)

- Selección de muestra representativa siguiendo los criterios establecidos
- Control al máximo de las implicaciones éticas, tomando las siguientes medidas
Consentimiento firmado de los participantes y seguridad en cuanto a la confidencialidad de la información suministrada, además de informar los objetivos del estudio
- Aplicación de los instrumentos en las fechas establecidas para el estudio
- Recopilación de la información
- Captura y procesamiento de la información

4.9 Recolección de datos

Para la recolección de los datos se llevó a cabo el siguiente proceso

- Se realizó una revisión del plan de cuidado de los pacientes hospitalizados en las salas de medicina y cirugía del Complejo Hospitalario Manuel Amador Guerrero con el fin de investigar la edad de los pacientes y tiempo de hospitalización. De acuerdo con los criterios de inclusión se seleccionaron los pacientes y se llenó la hoja de datos demográficos con la información recopilada del expediente clínico
- Se abordaron a los pacientes seleccionados informando la finalidad de la investigación y se solicitó su participación, cuya aceptación formal se logró con la lectura y firma del consentimiento informado (ver anexo No 8)

- Se le solicito realizar la prueba del dibujo del reloj, con el objetivo de evaluar sus capacidades cognitivas
- Al no existir deterioro cognitivo se le solicito contestar el cuestionario estructurado sobre percepcion de comportamientos de cuidado humanizado de enfermeria, previa indagacion de algunos aspectos sociodemograficos no incluidos en el expediente clinico
- Finalmente se realizo la evaluacion de la funcionalidad del adulto mayor a traves del instrumento de evaluacion de las actividades basicas de la vida diaria (Índice de Barthel version modificada de Shah)

4 10 Consideraciones eticas

La recoleccion de la informacion inicia luego del consentimiento por parte de la jefa del departamento de docencia del Hospital Manuel Amador Guerrero previa nota de solicitud presentada por la Decana de la Facultad de Enfermeria y Directora de la Division de Investigacion y Posgrado de la Universidad de Panama

En esta investigacion no se realizo ninguna intervencion o modificacion intencionada de las variables biologicas fisiologicas psicologicas o sociales de los individuos que participan en el estudio

Al abordar a los adultos mayores seleccionados nos presentamos formalmente resaltando nuestra labor en este momento como estudiantes de la Maestria en Ciencias de Enfermeria de la Facultad de Enfermeria de la Universidad de Panama. Les informamos

el objetivo de nuestra investigación y solicitamos su colaboración para participar de la misma, tendrían que realizar el test del reloj, contestar el cuestionario de percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE) y permitirnos valorar su nivel funcional a través de la Escala del índice de Barthel (IB) versión modificada propuesta por Shah

Se les informa que se mantendrá la confidencialidad de la información aunque será necesario tener su nombre y apellido para no confundir los datos, no serán identificados en los resultados finales que serán utilizados con fines totalmente académicos. Finalmente, se les señala que no se le pagará por participar en esta investigación.

Luego de estas aclaraciones si el paciente acepta, firmará el consentimiento informado para su participación voluntaria, el cual se encuentra anexo al instrumento de recolección de la información.

El protocolo (propuesta de investigación) ha sido aprobado por el Comité de Bioética de Investigación de la Universidad de Panamá (CBIUP), quien es garante de los derechos de los (las) participantes.

CAPITULO V MARCO DE ANALISIS

5.1 Interpretacion y analisis de datos

Para realizar el analisis de los datos se inicia el proceso con la recoleccion de los mismos se vierte la informacion en la base de datos en el programa Excel, luego se pasan al programa SPSS Statistic version 21, que es un programa estadistico informático utilizado en las ciencias sociales y en la investigacion de mercado. Se realizaran las medidas descriptivas y de tendencia central. Para el analisis descriptivo se utilizaran tablas de distribucion de frecuencia absolutas, ademas se presentaran diversos tipos de graficas, las cuales permiten agrupar las opiniones respecto a cada uno de los items del instrumento y de esta forma se conoce la percepcion que tiene el adulto mayor en cada una de las dimensiones. Se utiliza en este caso la prueba de Chi cuadrado para determinar independencia entre las variables nivel de funcionalidad y percepcion de comportamientos de cuidado.

Analisis de datos

En el estudio participaron N=92 pacientes adultos mayores que estuvieron hospitalizados en las salas de Medicina y Cirugia del Complejo Hospitalario Manuel Amador Guerrero (CHMAG) de Colon en febrero 2016.

En la tabla N° 2, se presentan los resultados relacionados con las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes en el estudio del comportamiento de cuidado humanizado.

Tabla N°2 Características Sociodemograficas y Clinicas de los adultos mayores atendidos en las salas de medicina y cirugía del CHMAG

Características Sociodemograficas	Clasificación	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Edad	60-64	31	33 70
	65-69	17	18 48
	70-74	23	25 00
	75-79	16	17 39
	80-84	2	2 17
	85-89	2	2 17
	90-94	1	1 09
Genero	Femenino	44	48 00
	Masculino	48	52 00
Estado civil	Casados	43	46 74
	Solteros	23	25 00
	Viudos	20	21 74
	Unidos	6	6 52
Nivel educativo	Primaria	46	50 00
	(Completa)	(14)	(15 22)
	(Incompleta)	(32)	(34 78)
	Secundaria	33	35 87
	(Completa)	(17)	(18 48)
	(Incompleta)	(16)	(17 39)
	Universitaria	13	14 13
Características Clinicas	Clasificación	Frecuencia Absoluta	Porcentaje
Dias de hospitalización	3-6	65	70 62
	7-10	18	19 57
	11-14	5	5 43
	15-18	2	2 17
	19-22	1	1 09
	23-26	1	1 09
Posee Cuidador	Si (familiar)	25	27 17
	No	67	72 83

Fuente: información obtenida de la hoja de datos sociodemograficos de los pacientes adultos mayores encuestados en las salas de medicina y cirugía del CHMAG 2016

La edad promedio de los pacientes que participaron del estudio fue de 69 años de estos, el 52,0% (48) pertenecían al sexo masculino y el 48% (44), al sexo femenino. En cuanto al estado civil predominaron los casados con el 46,74%, seguidamente los solteros 25%, luego los viudos 21,74%, Finalmente solo un 6,52% eran unidos.

Respecto a la escolaridad de los pacientes el 50% ingreso a la primaria un 34,78% no la completo y 15,22 % concluyo la primaria, aproximadamente el 35% ingreso a la secundaria (17,39% incompleta y 18,48% completa) y apenas un 14,13% de los pacientes curso estudios universitarios.

El tiempo promedio de hospitalización fue de 6 días. Durante estos días de hospitalización el 27,17% de los pacientes tenían cuidador y el 72,83% no disponían de alguien para ser cuidados. En el caso de los pacientes que eran cuidados, todos manifestaron que su cuidador era un familiar.

Las tablas 3 y 4 presentan los datos sobre la condición laboral actual y cuál era la ocupación que desempeñaban los pacientes durante su vida productiva antes del estudio del comportamiento de cuidado humanizado.

Tabla N°3 Condición laboral actual de la población adulta mayor atendida en las salas de Medicina y Cirugía del CHMAG.

Condición laboral actual del Paciente	Número No	Porcentaje %
Jubilado	27	29.3
Pensionado	49	53.3
Trabajo Eventual	1	1.1
Trabajo Independiente	13	14.1
Desempleado	2	2.2

Fuente: información obtenida de la hoja de datos sociodemográficos de los pacientes adultos mayores encuestados en las salas de medicina y cirugía del CHMAG 2016

El mayor porcentaje de nuestros encuestados se encuentra dentro de la categoría de jubilado y pensionado siendo esta condición propia del grupo etario seleccionado para la muestra que es la población adulta mayor, según lo establecido en el Artículo 168 del Reglamento de LEY No. 51 del 27 de diciembre de 2005 de la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social en Panamá, donde se designa la edad de jubilación de 57 para las mujeres y 62 para los hombres.

Tabla N°3 Ocupación desempeñada por los adultos mayores atendidos en las salas de medicina y cirugía del CHMAG

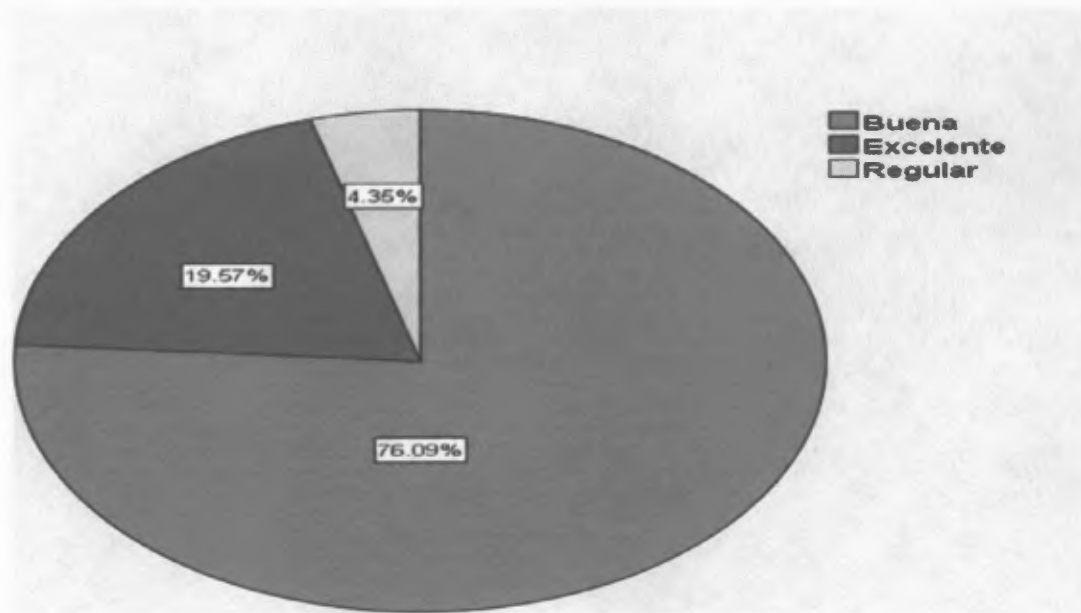
Ocupación desempeñada	Número No	Porcentaje %
Oficinista	6	6.5
Construcción	3	3.3
Transporte	5	5.4
Servicios Generales	31	33.7
Trabajo Doméstico	22	23.9
Operaciones Marítimas	7	7.6
Educación	9	9.8
Agricultura	7	7.6
Otros	2	2.2

Fuente: información obtenida de la hoja de datos sociodemográficos de los pacientes adultos mayores encuestados en las salas de medicina y cirugía del CHMAG 2016

Entre las ocupaciones mayormente desempeñadas por los adultos mayores se encuentran las relacionadas con servicios generales y trabajos domésticos, siendo estas labores muchas veces eventuales y de poca remuneración.

Resultados en relación con la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera

Gráfica N° 1 Percepción de comportamiento de cuidado humanizado de la enfermera, respecto a todas las dimensiones, en población adulta mayor, en las salas de medicina y cirugía del CHMAG.



Fuente: datos obtenidos de la aplicación del instrumento percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera (PCHE) a pacientes adultos mayores en las salas de medicina y cirugía del CHMAG 2016.

En ésta gráfica observamos que la percepción del adulto mayor acerca del cuidado humanizado de la enfermera fue evaluada como excelente con 20%; (18); buena en un 76% (70); y regular 4% (4). Los adultos mayores no presentan mala percepción con respecto a los comportamientos humanizados brindados por la enfermera.

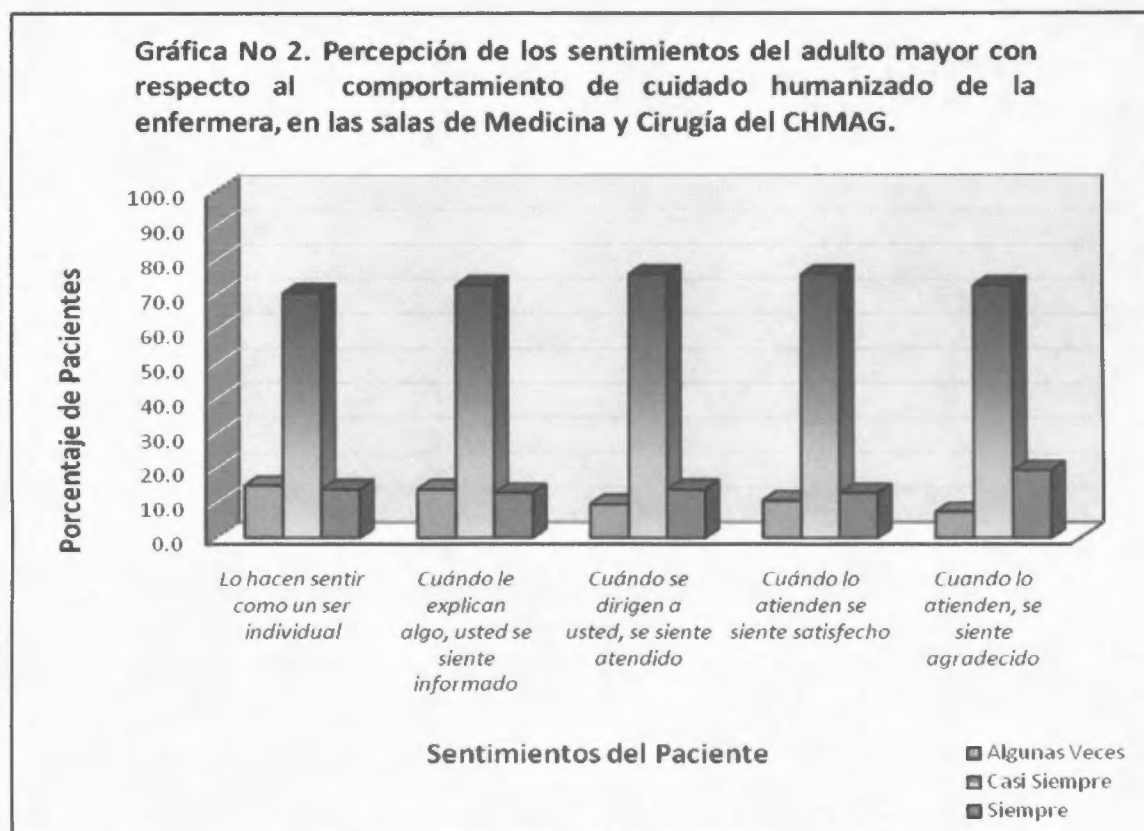
Tabla N° 5 Proporción de respuestas para todas las dimensiones presentes en el cuestionario de percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera

Dimensiones	Regular	Buena	Excelente
	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Sentimientos del paciente	11 5	73 7	14 8
Características de la enfermera	14 7	69 9	15 4
Apoyo emocional	10 4	74 3	15 2
Apoyo físico	9 6	77 6	12 8
Cualidades de hacer de la enfermera	1 6	83 2	15 2
Proactividad	3 7	73 3	23 0
Empatía	9 8	79 9	10 3
Priorizar al ser cuidado	6 3	67 9	25 7
Disponibilidad para la atención	8 5	79 7	11 8

Fuente: datos obtenidos de la aplicación del instrumento percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera (PCHE) a pacientes adultos mayores en las salas de medicina y cirugía del CHMAG 2016

Al observar la tabla N°4 podemos identificar que en relación a las dimensiones, el mayor porcentaje corresponde a la opción casi siempre (buena), lo que indica que la mayoría de los adultos mayores percibieron un buen comportamiento de cuidado humanizado de la enfermera, siendo la dimensión más alta ‘cualidades de hacer de la enfermera’ en un 83 2% y la mínima corresponde a la dimensión ‘priorizar al ser cuidado’ con un 67 9%

Las valoraciones porcentuales de las preguntas de cada categoría del cuestionario de percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera se presentan en las siguientes gráficas.

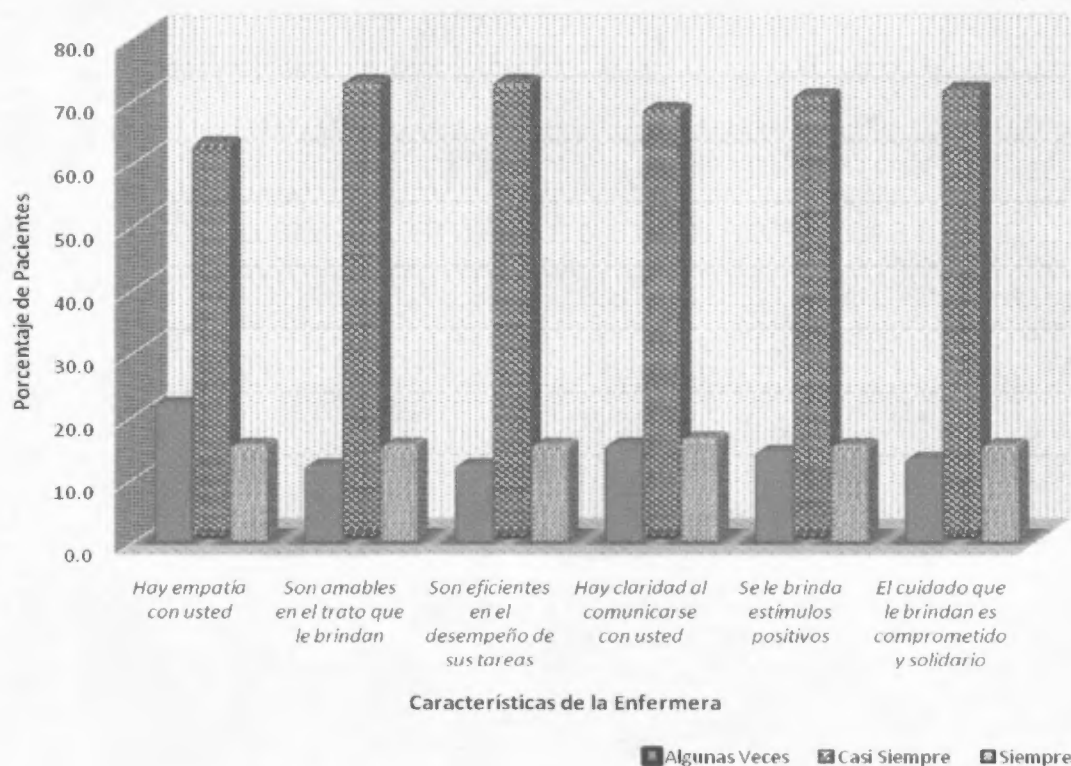


Fuente: datos obtenidos de la aplicación del instrumento percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera (PCHE) a pacientes adultos mayores en las salas de medicina y cirugía del CHMAG 2016

En cada uno de los ítems de la dimensión *sentimientos del paciente*, los resultados de la encuesta indican que el adulto mayor “*casi siempre*” percibe un comportamiento de cuidado humanizado por parte de la enfermera. Este comportamiento se ve reflejado con un porcentaje que supera el 70 % en cada pregunta de esta categoría, siendo éstas: sentirse como ser humano, atendido e informado sobre sus cuidados y la satisfacción y agradecimiento por estos cuidados recibidos. En contraparte, alrededor del 11 % señala

que ' algunas veces' la enfermera que lo atiende expresa sus sentimientos y le brinda atencion para sentirse satisfecho y agradecido

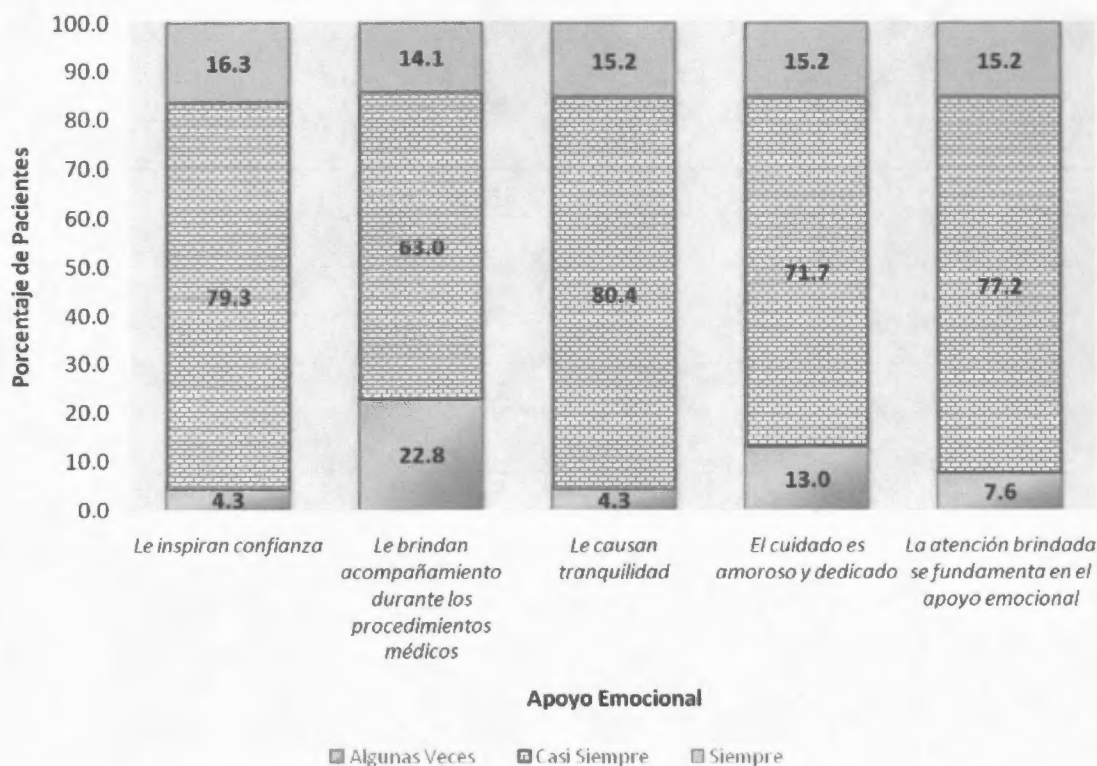
Gráfica No 3. Percepción de comportamiento de cuidado humanizado del adulto mayor respecto a las características de la enfermera, en las salas de Medicina y Cirugía del CHMAG.



Fuente: datos obtenidos de la aplicación del instrumento percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera (PCHE) a pacientes adultos mayores en las salas de medicina y cirugía del CHMAG 2016

Respecto a las características de la enfermera, el adulto mayor *casi siempre* (más del 70%) percibe a la enfermera con rasgos que la describen como una persona empática, amable, eficiente, comprometida, solidaria y que brinda estímulos positivos y propicia el diálogo. Por otra parte, el 15% de los pacientes perciben *siempre* estas características a favor de la enfermera. El 15 % restante de los pacientes refirió que *algunas veces* recibió este cuidado por parte de la enfermera siendo el ítem amabilidad (12%) y eficiencia en su trabajo (12%) los menos ponderados.

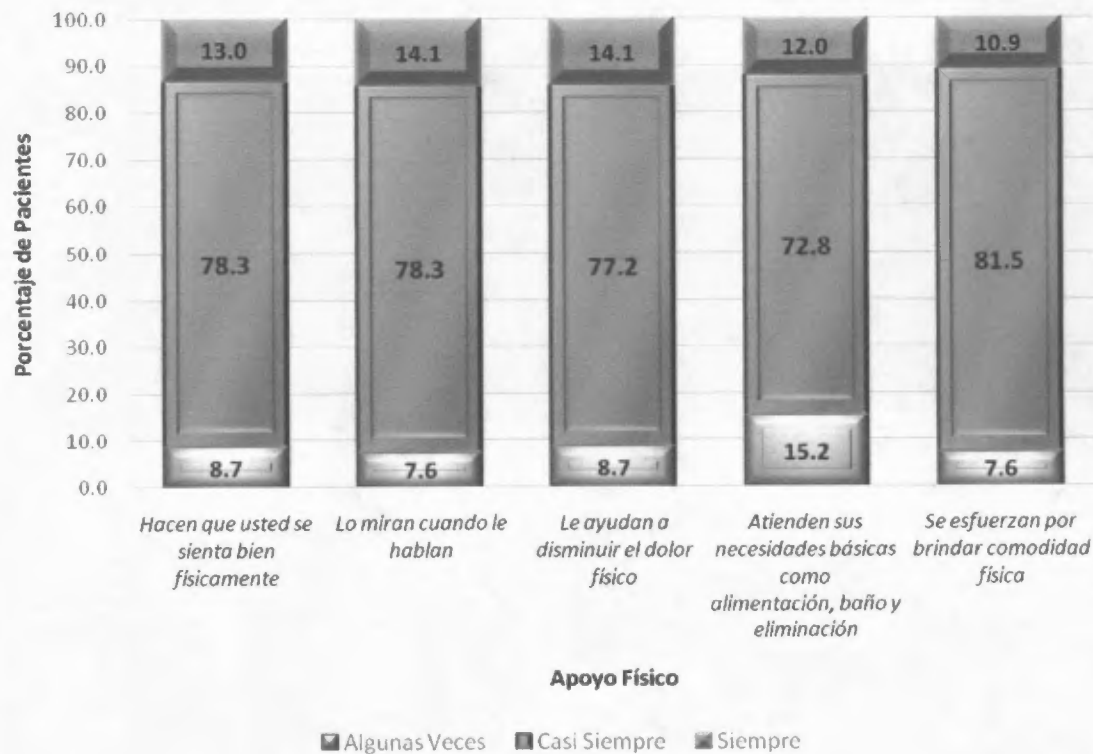
Gráfica No 4. Percepción de comportamiento de cuidado humanizado del adulto mayor, respecto al apoyo emocional de la enfermera, en las salas de Medicina y Cirugía del CHMAG.



Fuente: datos obtenidos de la aplicación del instrumento percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera (PCHE) a pacientes adultos mayores en las salas de medicina y cirugía del CHMAG 2016

El estudio de la percepción del cuidado humano adquiere gran importancia si se analiza el apoyo emocional que se brinda al paciente. En esta dimensión, aproximadamente el 15 % de los adultos mayores señalan que *siempre* reciben este apoyo a través de la confianza, tranquilidad, dedicación y amor brindado por la enfermera. Cabe destacar que poco más del 80 % de los pacientes refieren que *casi siempre* se les brinda apoyo emocional. El 10.4% percibe *algunas veces* este cuidado, siendo los aspectos como la confianza y la tranquilidad los de menor percepción, ambos aspectos con un 4.3%.

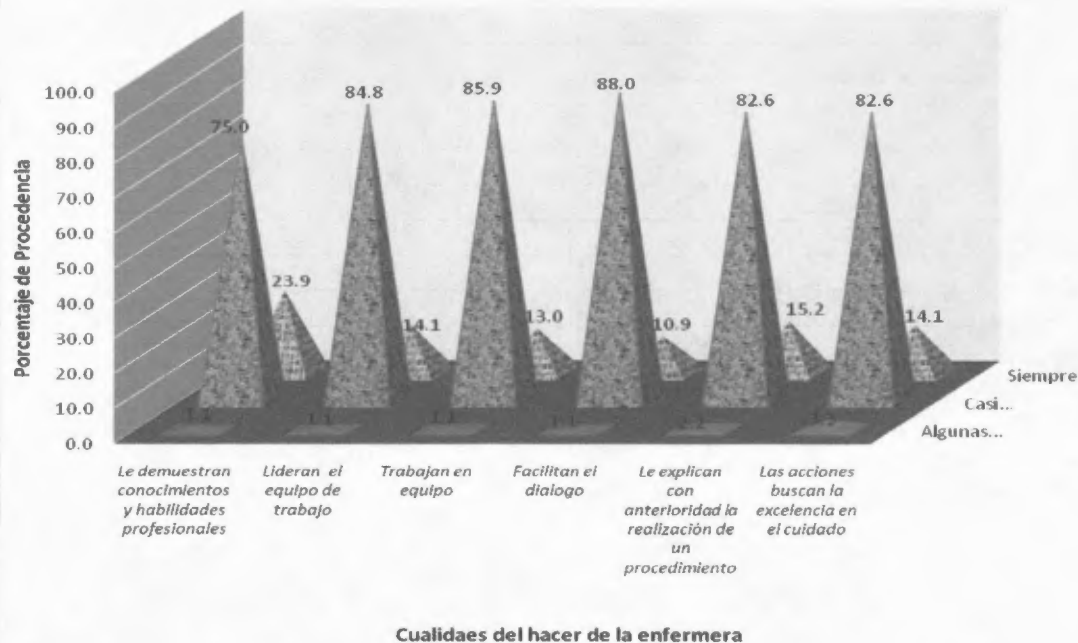
Gráfica No 5. Percepción de comportamiento de cuidado humanizado del adulto mayor respecto al apoyo físico de la enfermera, en las salas de Medicina y Cirugía del CHMAG.



Fuente: datos obtenidos de la aplicación del instrumento percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera (PCHE) a pacientes adultos mayores en las salas de medicina y cirugía del CHMAG 2016

En relación con los aspectos de comportamientos de cuidado humanizado relacionados al *apoyo físico*, para los adultos mayores esta percepción recoge un 90% en las categorías *siempre* y *casi siempre* en aspectos como alivio del dolor, confort y comodidad. En la categoría de *algunas veces*, una de las actividades menos percibida por los adultos mayores fue “mirar al paciente cuando se le habla” en un 7.6%.

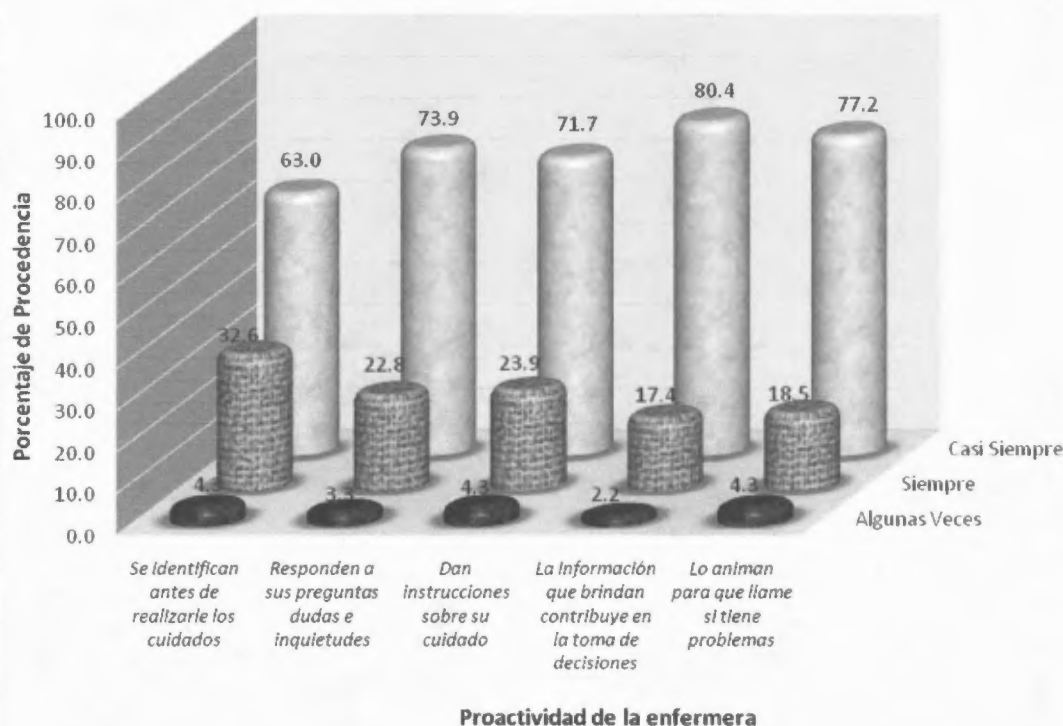
Gráfica No 6. Percepción de comportamiento de cuidado humanizado del adulto mayor, respecto a las cualidades del hacer de la enfermera, en las salas de Medicina y Cirugía del CHMAG



Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del instrumento percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera (PCHE) a pacientes adultos mayores en las salas de medicina y cirugía del CHMAG 2016

Esta dimensión “*cualidades del hacer de la enfermera*” fue la que globalmente obtuvo la más alta percepción por parte de los adultos mayores en las categorías *siempre* y *casi siempre*. Las actividades mayormente ponderadas fueron “*facilitar el diálogo*” (88%), “*trabajar en equipo*” (85.9%) y *liderazgo del equipo de trabajo* (84.8%). Mientras que la menos percibida en la categoría “*siempre*” con un 75% fue la actividad relacionada con los conocimientos y habilidades profesionales que representa igualmente una buena percepción.

Gráfica No 7. Percepción de comportamiento de cuidado humanizado del adulto mayor, respecto a la proactividad de la enfermera, en las salas de Medicina y Cirugía del CHMAG



Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del instrumento percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera (PCHE) a pacientes adultos mayores en las salas de medicina y cirugía del CHMAG 2016

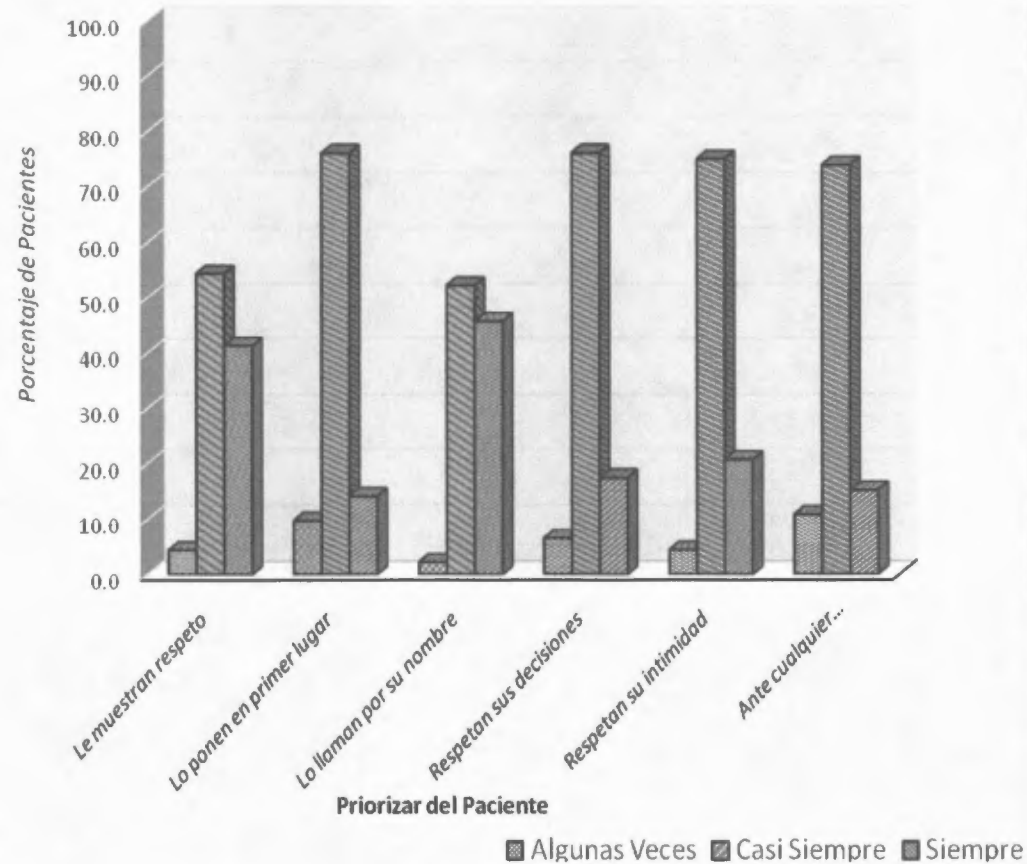
Respecto a la dimensión proactividad, entre el 60 % y el 80% de los adultos mayores señalan que *casi siempre* la enfermera es proactiva; en actividades tales como: brindar información e instrucciones sobre su cuidado que le permite tomar ciertas decisiones, lo anima para que llame si necesita ayuda y responde a sus preguntas dudas e inquietudes. Entre el 17% y el 33% indican que *siempre* es proactiva la enfermera; y alrededor del 4% afirman que algunas veces la enfermera es proactiva.



Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del instrumento percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera (PCHE) a pacientes adultos mayores en las salas de medicina y cirugía del CHMAG 2016

La categoría empatía evalúa aquellos enunciados que resaltan actitudes y acciones positivas de la enfermera que surgen de la interacción del cuidado, tales como mantener una relación cercana con el paciente, permitir expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y su tratamiento, establecer una relación agradable, escuchar atentamente, ponerse en el lugar del otro para comprenderlo y tener facilidad para acercarse. El análisis de esta categoría arrojó como resultado que alrededor del 10% de los adultos mayores *siempre* percibe comportamientos empáticos por parte de la enfermera, mientras que aproximadamente el 80% *casi siempre* los percibe. El 16.3% de los adultos mayores en la categoría de *algunas veces* señalan que la enfermera mantiene una relación cercana con él.

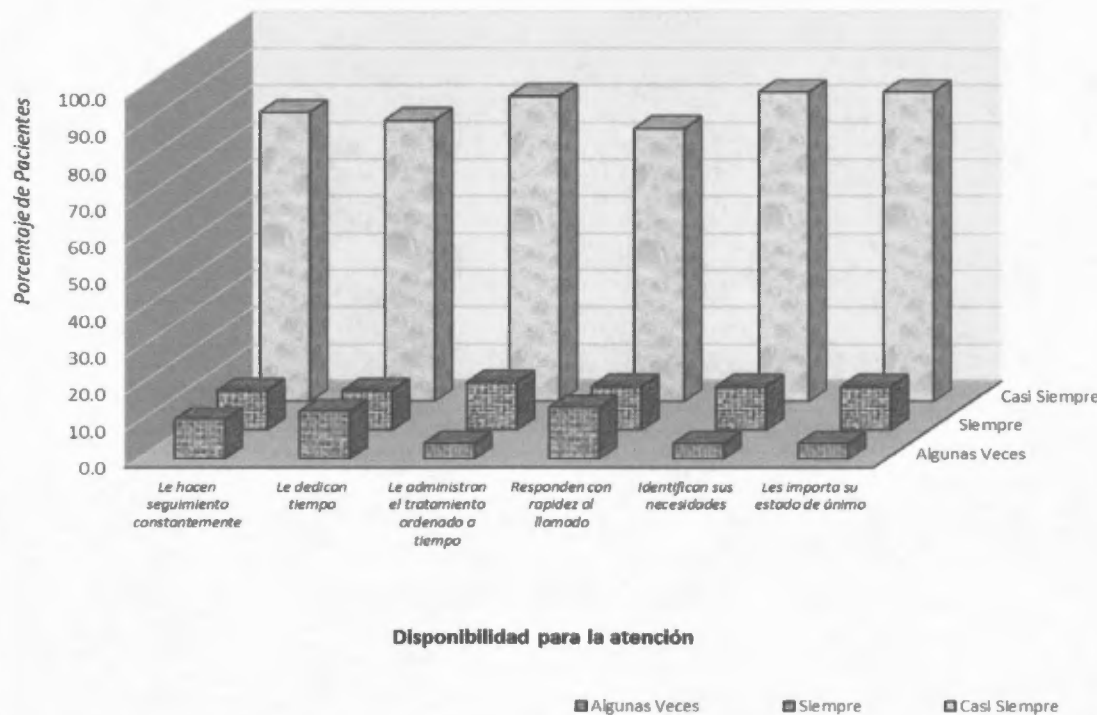
Gráfica No 9. Percepción de comportamiento de cuidado humanizado del adulto mayor, respecto a priorizar al ser cuidado, en las salas de Medicina y Cirugía del CHMAG



Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del instrumento percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera (PCHE) a pacientes adultos mayores en las salas de medicina y cirugía del CHMAG 2016

En esta dimensión los adultos mayores *casi siempre* percibieron que la enfermera mostró priorización por sus cuidados, en acciones como ponerlo en primer lugar y respeto a sus decisiones, ambas en un (76.1%) y en un 75% el respeto a su intimidad. Llamar al paciente por su nombre fue la actividad con menor ponderación en la categoría de *casi siempre* registrando un 52.2%.

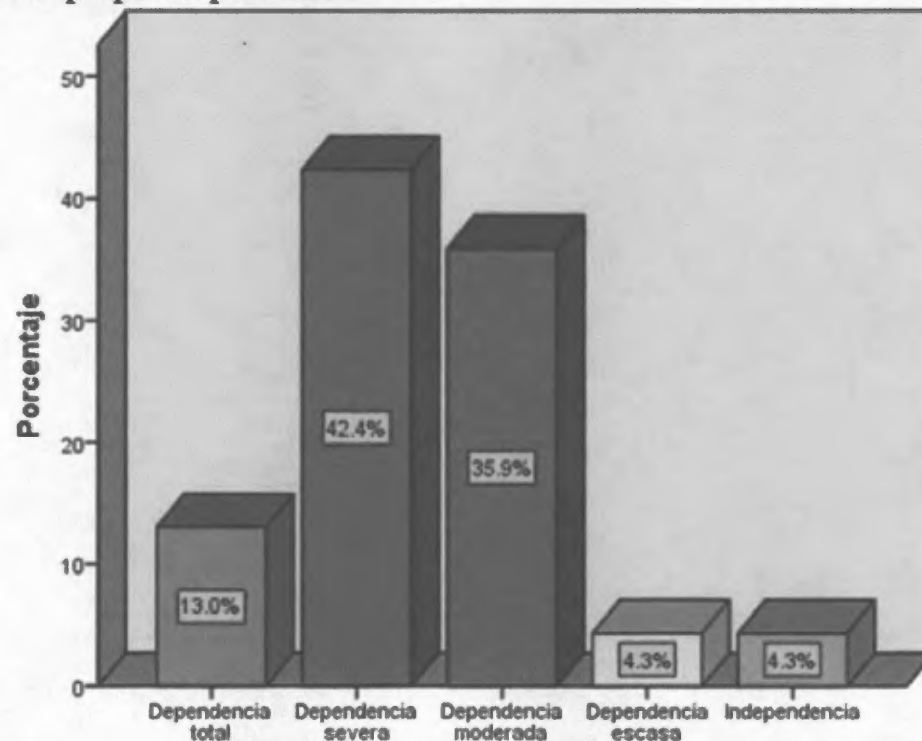
Gráfica No 9. Percepción de comportamiento de cuidado humanizado del adulto mayor, respecto a la disponibilidad para la atención, en las salas de Medicina y Cirugía del CHMAG.



Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del instrumento percepción de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera (PCHE) a pacientes adultos mayores en las salas de medicina y cirugía del CHMAG 2016

El análisis de esta categoría corresponde a disponibilidad para la atención por parte de la enfermera, reveló que el 12% de los adultos mayores *siempre* percibió comportamientos de cuidado humanizado y el 80% lo percibió *casi siempre*. Actividades que para el adulto mayor en esta dimensión cobran gran importancia están aspectos como: la identificación de sus necesidades, administración en tiempo oportuno de sus tratamientos y el brindar importancia a su estado de ánimo, cada una de estas actividades con una ponderación arriba del 82%.

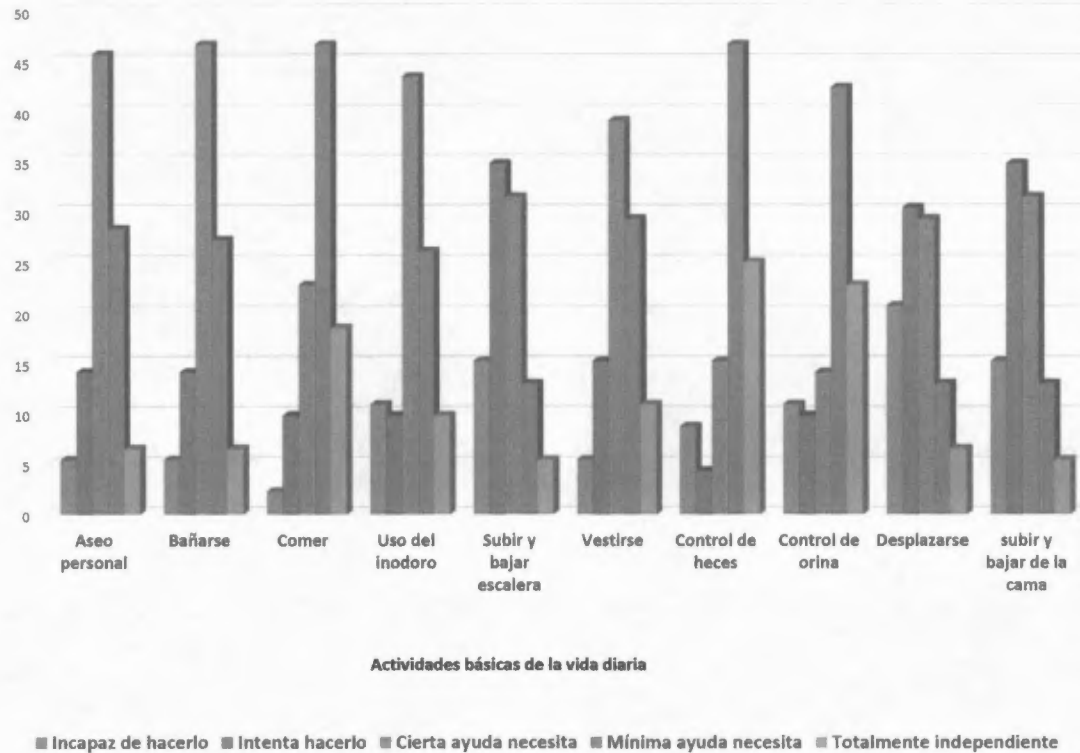
Gráfica N° 11 Evaluación funcional de la población adulta mayor en las salas de medicina y cirugía del CHMAG, según Escala del índice de Barthel versión modificada propuesta por Shah.



Fuente: datos obtenidos de la aplicación del instrumento escala del índice de Barthel (IB) versión modificada propuesta por Shah a pacientes adultos mayores en las salas de medicina y cirugía del CHMAG 2016

La gráfica N° 11 permite evaluar la funcionalidad del adulto mayor de acuerdo con las diferentes categorías de dependencia; se resalta entonces que, el mayor nivel de dependencia se encuentra en la categoría “*dependencia severa*” (42.4%), seguida por la “*dependencia moderada*” (35.9%), luego la “*dependencia total*” (13%) y finalmente la “*dependencia escasa*” (4.3%). Estos valores reflejan que el adulto mayor presenta incapacidad para hacer determinadas actividades, lo intenta pero inseguro, o requiere cierta ayuda por parte de la enfermera para realizar 3 o más de las ABVD. Cabe señalar que solo un 4.3% de los adultos mayores era totalmente independiente.

Gráfica No 12 Clasificación del nivel de dependencia del adulto mayor para realizar las actividades básicas de la vida diaria, en las salas de medicina y cirugía del CHMAG



Fuente: datos obtenidos de la aplicación del instrumento escala del índice de Barthel (IB) versión modificada propuesta por Shah a pacientes adultos mayores en las salas de medicina y cirugía del CHMAG 2016.

Esta gráfica nos refleja el grado de dependencia que tiene el adulto mayor para realizar una serie de actividades básicas de la vida diaria. En la categoría “*Incapaz de hacerlo*” las actividades que demandan una asistencia completa por parte de la enfermera están “*desplazarse*” (20.7%), “*subir y bajar de la cama*”, “*subir y bajar escaleras*”, ambas con un (15.2%) y uso del inodoro (10.9%). En la categoría “*intenta hacerlo pero es incapaz*”, actividades como “*subir y bajar de la cama*” y “*subir y bajar escaleras*” se encuentran en un (34.8%), seguidas por “*desplazarse*” (30.4%). De acuerdo con la categoría “*cierta ayuda necesita*” el aseo personal, bañarse, uso del inodoro y vestirse registran una necesidad de asistencia arriba del 40%. Entre las actividades que

CAPITULO V MARCO DE ANALISIS

5.1 Interpretacion y analisis de datos

Para realizar el analisis de los datos se inicia el proceso con la recoleccion de los mismos se vierte la informacion en la base de datos en el programa Excel, luego se pasan al programa SPSS Statistic version 21, que es un programa estadistico informático utilizado en las ciencias sociales y en la investigacion de mercado. Se realizaran las medidas descriptivas y de tendencia central. Para el analisis descriptivo se utilizaran tablas de distribucion de frecuencia absolutas, además se presentaran diversos tipos de graficas, las cuales permiten agrupar las opiniones respecto a cada uno de los items del instrumento y de esta forma se conoce la percepcion que tiene el adulto mayor en cada una de las dimensiones. Se utiliza en este caso la prueba de Chi cuadrado para determinar independencia entre las variables nivel de funcionalidad y percepcion de comportamientos de cuidado.

Analisis de datos

En el estudio participaron N=92 pacientes adultos mayores que estuvieron hospitalizados en las salas de Medicina y Cirugia del Complejo Hospitalario Manuel Amador Guerrero (CHMAG) de Colon en febrero 2016.

En la tabla N° 2, se presentan los resultados relacionados con las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes en el estudio del comportamiento de cuidado humanizado.

CAPITULO V MARCO DE ANALISIS

5.1 Interpretacion y analisis de datos

Para realizar el analisis de los datos se inicia el proceso con la recoleccion de los mismos se vierte la informacion en la base de datos en el programa Excel, luego se pasan al programa SPSS Statistic version 21, que es un programa estadistico informático utilizado en las ciencias sociales y en la investigacion de mercado. Se realizaran las medidas descriptivas y de tendencia central. Para el analisis descriptivo se utilizaran tablas de distribucion de frecuencia absolutas, ademas se presentaran diversos tipos de graficas, las cuales permiten agrupar las opiniones respecto a cada uno de los items del instrumento y de esta forma se conoce la percepcion que tiene el adulto mayor en cada una de las dimensiones. Se utiliza en este caso la prueba de Chi cuadrado para determinar independencia entre las variables nivel de funcionalidad y percepcion de comportamientos de cuidado.

Analisis de datos

En el estudio participaron N=92 pacientes adultos mayores que estuvieron hospitalizados en las salas de Medicina y Cirugia del Complejo Hospitalario Manuel Amador Guerrero (CHMAG) de Colon en febrero 2016.

En la tabla N° 2, se presentan los resultados relacionados con las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes en el estudio del comportamiento de cuidado humanizado.

Prueba de Chi-Cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	8.774	8	0.362
N de casos válidos	92		

Como $p > 0.05$, por consiguiente se acepta la hipótesis nula.

En conclusión:

No existe relación entre la percepción que tienen el adulto mayor sobre los comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera y su nivel de funcionalidad

DISCUSION

- Según los resultados del estudio la edad promedio de los adultos mayores fue de 69 años (70 74 años), de estos el 52 0% pertenecían al sexo masculino y el 48% al sexo femenino. En cuanto al estado civil predominaron los casados con el 46 74%, seguidamente los solteros 25%, luego los viudos 21 74%, finalmente solo 6 52% eran unidos. Los resultados obtenidos por Bautista Parra, Arias y otros (2015) coinciden con nuestros resultados ya que el género que más predominó en su estudio fue el masculino, evidenciado por un 57%, seguido del femenino con un 43%, el rango de edad fue de 50 70 años, mientras que el 53% de la población estaba casada siendo la variable mayormente registrada al igual que en nuestro estudio. Respecto a la escolaridad el 50% de nuestros pacientes alcanzó la primaria, aproximadamente el 35% logró concluir la secundaria, y apenas un 14 13% de los pacientes cursó estudios universitarios lo cual difiere con Bautista, Parra, Arias y otros (2015) ya que para ellos predominó el bachillerato completo (secundaria) en un 20%, seguido de la primaria incompleta con un 18%, técnico y primaria completa con un 15% respectivamente.
- Referente a la percepción del adulto mayor acerca del cuidado humanizado de la enfermera fue evaluada como excelente (*siempre*) con 20%, buena (*casi siempre*) en un 76% y regular (*algunas veces*) en un 4%, ningún adulto mayor refiere una mala percepción con respecto a los comportamientos humanizados brindados por la enfermera. Nuestros resultados difieren con lo encontrado por Rivera y Triana (2007) ya que el 86 7% de los pacientes hospitalizados siempre perciben cuidado

humanizado, el 12 04% casi siempre en tanto que 1 09% algunas veces percibieron dichos cuidados. Igualmente se difiere con los resultados de Bautista Parra, Arias y otros (2015), ya que en su estudio el 72% de los usuarios hospitalizados percibieron como excelentes los comportamientos del cuidado humanizado un 25% como bueno y solamente un 3% como regular. Cabe destacar que tanto en nuestra investigación como los previamente citados ninguna persona evaluó como malos los cuidados brindados por la enfermera.

- Con respecto a la percepción del adulto mayor en cuanto a los comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera, en la categoría de *casi siempre*, la dimensión más relevante fue '*cualidades de hacer*' (83 2%) seguida por *sentimientos del paciente* (73 7%) y la mínima percepción, corresponde a la dimensión '*priorizar al ser cuidado*' (67 9%). Resultados similares encontramos en el trabajo de Bettancourt y Landman (2014) cuya categoría de mayor percepción fue '*cualidades del hacer*' (95 75%). Diferimos con los resultados de Patarroyo y Torres (2011), pues para ellos la dimensión de mayor percepción fue *sentimientos del paciente* (80%) y la menor *proactividad* (50 8%). Estos resultados son contrarios en los resultados de Rivera y Triana (2007), ya que para sus encuestados la dimensión de mayor relevancia con un 89 5% fue *priorizar a la persona* y la de menor percepción estaba en la '*empatía*' (77 7%).
- De acuerdo con nuestros resultados sobre la funcionalidad del adulto mayor, el nivel de dependencia que más se presenta, se registra en la categoría "*dependencia severa*" (42 4%), seguida por la *dependencia moderada* (35 9%), luego la

dependencia total (13%) y finalmente la *dependencia escasa* (4.3%), solo un 4.3% de los adultos mayores era totalmente *independiente*. En este caso diferimos con el informe presentado por Moreno Gomez y Miralles (2016), ya que su mayor nivel de dependencia se registra en la categoria *dependencia leve* (35.8%), seguida por *dependencia moderada* (28.3%), *dependencia total* (13.2%) y “*dependencia severa*” (7.5%). Un 15.1% de sus pacientes registro *independencia*.

CONCLUSIONES

- Respecto a la caracterización sociodemográfica, los adultos mayores presentaron una edad promedio de 69 años predominando el sexo masculino, estado civil casado, mayormente con estudios primarios y desempeñaron actividades laborales tales como servicios generales y trabajos domésticos actualmente se encuentran pensionados y jubilados, condición relacionada con la edad promedio para el cese de labores
- La percepción global del cuidado humanizado de la enfermera fue evaluada por los adultos mayores como buena y ninguno tuvo una mala percepción. Esto nos resalta que la mayoría de los adultos mayores casi siempre recibieron un buen cuidado humanizado por parte de la enfermera, lo que demuestra el humanismo de este personal capaz de brindar una buena atención acorde con los señalamientos de J. Watson
- Las cualidades de hacer de la enfermera, la disponibilidad para la atención y la empatía obtuvieron resultados favorables para las enfermeras toda vez que sus acciones fueron calificadas como buenas. Esto da sentido al quehacer de la enfermera y debe servir de incentivo para mejorar cada día nuestros cuidados ya que a pesar de que el trabajo es multidimensional y en ocasiones complejo, debe haber compromiso, entrega y trabajo en equipo y recordar que cuidado no es solo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover o recuperar la salud

- Entre las categorías siempre y casi siempre se registran, por parte de los adultos mayores, percepciones favorables en relación con el apoyo emocional y apoyo físico, lo que significa que el adulto mayor siente que está rodeado por enfermeras con valores y actitudes positivas, que comprenden sus problemas y necesidades, lo hacen sentir como una persona valiosa brindándole tranquilidad, alivio del dolor, confort, comodidad y confianza para comunicar sus inquietudes y sentimientos. El brindar apoyo emocional es un complemento indispensable para un adecuado tratamiento, es lograr que el paciente asuma una posición activa ante su condición, que se fortalezca internamente para poder así influir en su recuperación y mejorar su calidad de vida.
- Aspectos proactivos que percibieron los adultos mayores por parte de la enfermera muy importante, estaba el de brindar información e instrucciones sobre su cuidado, esto genera en el paciente conocimientos sobre su estado de salud y disminuye su ansiedad e inseguridad. Para ello la enfermera debe desarrollar sus habilidades y destrezas que permitan al adulto mayor verbalizar sus inquietudes y fortalecer su personalidad a través de una relación humana que le genere confianza y seguridad para participar de su cuidado y rehabilitación. La proactividad contribuye a una atención oportuna que va más allá de las necesidades del paciente.
- De acuerdo con las diferentes categorías según la escala del índice de Barthel versión propuesta por Shah los adultos mayores de este estudio presentaron en mayor escala un nivel de funcionalidad en la categoría de dependencia severa, y

CAPITULO V MARCO DE ANALISIS

5.1 Interpretacion y analisis de datos

Para realizar el analisis de los datos se inicia el proceso con la recoleccion de los mismos se vierte la informacion en la base de datos en el programa Excel, luego se pasan al programa SPSS Statistic version 21, que es un programa estadistico informático utilizado en las ciencias sociales y en la investigacion de mercado. Se realizaran las medidas descriptivas y de tendencia central. Para el analisis descriptivo se utilizaran tablas de distribucion de frecuencia absolutas, además se presentaran diversos tipos de graficas, las cuales permiten agrupar las opiniones respecto a cada uno de los items del instrumento y de esta forma se conoce la percepcion que tiene el adulto mayor en cada una de las dimensiones. Se utiliza en este caso la prueba de Chi cuadrado para determinar independencia entre las variables nivel de funcionalidad y percepcion de comportamientos de cuidado.

Analisis de datos

En el estudio participaron N=92 pacientes adultos mayores que estuvieron hospitalizados en las salas de Medicina y Cirugia del Complejo Hospitalario Manuel Amador Guerrero (CHMAG) de Colon en febrero 2016.

En la tabla N° 2, se presentan los resultados relacionados con las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes en el estudio del comportamiento de cuidado humanizado.

- De acuerdo con los resultados obtenidos con la aplicación de la prueba estadística Chi-Cuadrado podemos decir que no existe relación entre la percepción que tienen el adulto mayor sobre los comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera y su nivel de funcionalidad

RECOMENDACIONES

- Se deben realizar investigaciones similares en otras áreas clínicas del Complejo Hospitalario Manuel Amador Guerrero, con el fin de contrastar nuestros resultados con los que se pudieran obtener de otras áreas
- Que las enfermeras del Complejo Hospitalario Manuel Amador Guerrero y otras instituciones conozcan nuestros resultados para así mejorar cada día nuestros cuidados en aspectos que no fueron excelentes de tal forma que los pacientes puedan percibir en mayor escala que se les brinda un trato humano

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Benner P (1984) From Novice to Expert Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, Don Mills, Ont Addison Wesley
- 2 Contraloria General de la Republica Envejecimiento Demografico en Panama Periodo 1960 2050 Instituto Nacional de Estadística y Censo de Panama 2015
- 3 Feldman R (1995) Psicología con aplicación para Ibero America Madrid, España p 504
- 4 Gilligan C (1982) In a Different Voice Psychological Theory and Women s Development, Harvard University, Harvard
- 5 Gonzalez CA, Ham-Chande R Funcionalidad y salud una tipología del envejecimiento en Mexico Salud Publica Mex 2007, Suppl 4 S448 58
- 6 Hernandez S (2010) Metodología de la investigación 5a ed Bogotá McGraw Hill, p 217
- 7 Izquierdo, M (2004) Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización hacia una política democrática del cuidado, Congreso internacional SARE 2003, EMAKUNDE, Vitoria Gasteiz
- 8 Kane R, Ouslander J Abrass I (2001) Geriatria Clínica 4ª ed Mexico McGraw Hill Interamericana p 3 16
- 9 Marriner A y Raile M (2003) Modelos y Teorias en enfermería 5ª ed Madrid Editorial Elsevier
- 10 Marriner A Raile M (2007) Modelos y teorias de enfermería 6a ed Philadelphia Mosby, p 472 98
- 11 Martinez L , Alvarez P (1996) Concepto, criterios diagnosticos y vision general de las demencias En Manual de demencias Lopez Pousa S, Villalta J, Llinas J (eds) Prous Science, Barcelona
- 12 Morales J J (2000) Evaluacion Geriatrica En Rodriguez R, Morales JJ, Encinas JE y col editores Geriatria 1ª ed Mexico McGraw-Hill Interamericana, pp 59 63
- 13 Moreno P Gomez M , Miralles F (2016) Indice de Barthel como herramienta para detectar las necesidades de cuidados en el paciente renal
- 14 Neisser, U (1991) Perspectivas de la ciencia cognitiva Barcelona Paidós

- 15 Organizacion Panamericana de la Salud (O P S), Organizacion Mundial de la Salud (O M S) (2012) La atencion de los Ancianos ‘Estrategias de la OPS para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores
- 16 Oscar J Gonzalez H (2014) Validez y Confiabilidad del Instrumento ‘Percepcion de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermeria PCHE Clinicountry 3ª Version”
- 17 Orosa T (2003) La tercera edad y la familia Una mirada desde el adulto mayor La Habana Ed Felix Varela
- 18 Rivera L y Triana A (2007) Percepcion de comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermeria en la Clinica del Country Rev Av Enferm,25(1) 54 – 66
- 19 Rivera L, Triana A (2007) Cuidado humanizado de enfermeria visibilizando la teoria y la investigacion en la practica, en la Clinica del Country Av Enferm
- 20 Shah S Vancly F, Cooper B Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation J Clin Epidemiol 1989 42 703 709
- 21 Watson J (1985) Nursing the philosophy and science of caring Colorado Colorado Associated University Press
- 22 Watson J (1988) Nursing Human Science and Human Care A Theory of Nursing New York National League for Nursing P 65
- 23 Watson J (2005) Caring science as sacred science Philadelphia F A Davis Company
- 24 Watson J (2002) Intentionally and Caring Healing Consciousness A Practice of Transpersonal Nursing Journal of Holistic Nursing Practice 16(4) 12-19
- 25 Watson, J (2008) Nursing The philosophy and Science of caring Revised Edition University of Colorado p 17, 18 31

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

1. Bautista, Parra, Arias y otros (2015). Revista ciencia y cuidado artículo de Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención. Cúcuta Colombia.
<http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/331>
2. Bettancourt L. y Landman C. (2014). Estudio de Percepción sobre el cuidado humanizado proporcionado por la enfermera en atención cerrada. Chile.
<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2014/fmm672p/doc/fmm672p.pdf>
3. Custodio, Nilton et al. Validación de la Prueba de Dibujo del Reloj, versión de manos- como prueba de urbano para detectar demencia en una población Adulta Mayor, en Lima , Perú. Rev: Med Exp. Salud Pública. 2011; 28(1): 29-34.
http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Medicina_Experimental/v28_n1/pdf/a05v28n1.pdf
4. Díaz, P. y Fernández S. Determinación del Tamaño Muestral. En: Revista Calidad de Atención Primaria 2002; 9: 30-33
5. Feldman, R. (1995) Psicología con aplicación para Ibero América. Madrid, España p.504.
https://www.fisterra.com/mbe/investiga/muestra_pronos/muestra_f_pronosticos2.pdf
6. García-Calvente, María del Mar, Mateo-Rodríguez, Inmaculada, & Eguiguren, Ana P.. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl. 1), 132-139. Recuperado en 29 de noviembre de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112004000400021&lng=es&tlng=es
7. González J., Quintero D. (2009). Trabajo de grado Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia en una institución de II y III nivel de atención. Colombia.
<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9730/tesis053.pdf;jsessionid=1107505D891F33110519506EE1EB2834?sequence=1>
8. Grupo de cuidado (2000). Cuidado y práctica de enfermería. Colombia. Universidad Nacional de Colombia. Unilibros. Disponible:<http://books.google.com/books?id>.

9. Mayeroff, M. (1971). Enfermería un mundo de cuidado. <https://jaimesorianorn.wordpress.com/comprehensive-exam/>
10. Molina, E. (2011) Evaluación de la calidad de cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá D.C., (Tesis de maestría investigativa en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia). Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/6471/1/Edithmlenamolinacardona.2011.pdf>
11. Organización Panamericana de la Salud. América Latina y el Caribe por un envejecimiento saludable y activo. (Internet) (Acceso 10 de mayo de 2014.) Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps051214.htm>.
12. Percepción de cuidado humanizado en el servicio de Medicina Adulto, Hospital Base Valdivia, tercer trimestre 2014. <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2014/fmm672p/doc/fmm672p.pdf>
13. Patarroyo D. Torres M. (2011) .Trabajo de grado Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería de los pacientes con algún tipo de herida que asisten a una clínica de herida en la una institución de cuarto nivel de Bogotá. <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9845/Tesis138.pdf?sequence=1>
14. Pérez, Julián y Gardey, Ana. Publicado: 2008. Actualizado: 2012. Definicion.de: Definición de percepción (<https://definicion.de/percepcion/>
15. Ramos P, Karina S. (2010). Percepción del paciente sobre la calidad de relación interpersonal enfermera-paciente en el servicio de 4to piso este del instituto nacional de enfermedades neoplásicas [Tesis para Especialidad] Lima- Perú. UNMSM.
16. Sánchez, Ricardo, & Echeverry, Jairo. (2004). Validación de escalas de medición en salud. *Revista de Salud Pública*, 6(3), 302-318. <https://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642004000300006>
17. Segovia Díaz de León, Martha Graciela, & Torres Hernández, Erika Adriana. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos*, 22(4), 162-166. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2011000400003>
18. Segovia M., Torres E. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos* [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2016 Mar 21] ; 22(4): 162166. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2011000400003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134928X2011000400003>.

- 19 Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento
www.un.org/es/events/pastevents/ageing_assembly2/
- 20 Sierra, H Maria T y colaboradores Percepcion del cuidado de enfermeria en diferentes instituciones hospitalarias de la ciudad de Bogota En revista Avances en Enfermeria Vol XXIV No 1 (Enero junio 2006)
- 21 Tejada M (2012) Variables sociodemograficas segun turno escolar, en un grupo de estudiantes de educacion basica un estudio comparativo *Revista de Pedagogia* XXXIII Enero Junio 235
269 <http://www.redalyc.org/pdf/659/65926546002.pdf>
- 22 Valoracion del estado funcional de adultos mayores Carolina Andrea Muñoz Silva, Pedro Antonio Rojas Orellana², Gabriel Nasrī Marzuca Nassr³
http://www.scielo.br/pdf/fp/v22n1/1809-2950-fp-22_01_00076.pdf
- 23 Vargas Melgarejo LM Sobre el concepto de percepcion Alteridades [Internet] 1994 [consultado 02 de marzo del 2016], 4(8), 47-53 Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>
- 24 Vasquez M, Eseverri MC (2010) El cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jean Watson En Revista Enfermeria Intensiva 21(04) <http://www.elsevier.es/es/revista/enfermeria-intensiva-142/articulo/el-cuidado-las-familias-las-S1130239910000593>
- 25 Watson J Caring Theory as Ethical Guide to Administrative and Clinical Practices Nursing Adm Quarterly <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16449884>
- 26 Watson J Intentionally and Caring Healing Consciousness A Practice of Transpersonal Nursing Journal of Holistic Nursing Practice 2002 16(4) 12-19 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12060941>
- 27 Zavala G Vidal G Castro S, Quiroga, Pilar, & Klassen P, Gonzalo (2006) Funcionamiento social del adulto mayor *Ciencia y enfermeria* 12(2), 53-62 Recuperado en 21 de marzo de 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532006000200007&lng=es&tlng=es 10.4067/S071795532006000200007

ANEXOS

ANEXO No 1

UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE ENFERMERIA

Hoja Datos Sociodemográficos

Instrucciones en el siguiente grupo de preguntas que se presentan a continuacion favor marcar con una x la respuesta correcta

Fecha _____

- 1 **Sexo** Masculino _____ Femenino _____
- 2 **Edad** _____
- 3 **Escolaridad** primaria incompleta _____ Primaria completa _____
 Secundaria incompleta _____ Secundaria completa _____
 Universitaria _____
- 4 **Estado civil** Soltero(a) _____ Casado(a) _____ Separado(a) _____
 Unido(a) _____ Viudo(a) _____
- 5 **Ocupación** Jubilado _____ Pensionado _____ Trabajo Eventual _____
 Trabajo Independiente _____ Desempleado(a) _____
- 6 **En que trabajaba antes,** _____
- 7 **Diagnóstico médico** _____
- 8 **Tiempo de hospitalizacion** _____
- 9 **Tiene un cuidador** No _____ Si _____
 De contestar SI, el cuidador es
 Familiar, _____ No familiar _____

13

TEST DEL DIBUJO DEL RELOJ O CLOCK DRAWING TEXT (CDT) (THALMAN, B., ET AL., 1996)

Criterios de puntuación del Test del Reloj (J CACHO
y R GARCÍA)

ESFERA DEL RELOJ (MAXIMO DOS PUNTOS)	
Puntos	Resultados
2	Dibujo normal Esfera circular u ovalada con pequeñas distorsiones por temblor
1	Incompleto o con alguna distorsión significativa Esfera muy asimétrica
0	Ausencia o dibujo totalmente distorsionado

ESFERA DEL RELOJ (MAXIMO DOS PUNTOS)	
Puntos	Resultados
4	Las manecillas están en posición correcta y con las proporciones adecuadas de tamaño (la de la hora más corta)
3 5	Las manecillas en posición correcta pero ambas de igual tamaño
3	Pequeños errores de localización de las manecillas (situar una de las agujas en el espacio destinado al número anterior o posterior)
3	Aguja de los minutos más corta que la de la hora con pauta horaria correcta
2	Gran distorsión en la localización de las manecillas (incluso si marcan las once y diez) cuando los números presentan errores significativos en la localización espacial
2	Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan la hora correcta
1	Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan una hora incorrecta
1	Presencia de una sola manecilla o un esbozo de las dos
0	Ausencia de manecillas o perseveración en el dibujo de las mismas
0	Efecto en forma de

ESFERA DEL RELOJ (MÁXIMO DOS PUNTOS)

Puntos	Resultados
4	Todos los numeros presentes y en el orden correcto Sólo «pequeños errores» en la localización espacial en menos de 4 numeros (por ejemplo colocar el numero 8 en el espacio del numero 9)
3 5	Cuando los «pequeños errores» en la localización se dan 4 o más numeros
3	Todos presentes con error significativo en la localización espacial (por ejemplo colocar el numero 3 en el espacio del número 6)
3	Numero con algun desorden de secuencia (menos de 4 numeros)
2	Omisión o adición de algun numero pero sin grandes distorsiones en los numeros restantes
2	Numeros con algun desorden de secuencia (4 o más numeros)
2	Los 12 numeros colocados en sentido antihorario
2	Todos los numeros presentes pero con gran distorsión espacial (número fuera del reloj o dibujados en media esfera etc)
2	Presencia de los 12 numeros en una línea vertical horizontal u oblicua
1	Ausencia o exceso de numeros con gran distorsión espacial
1	Alineación numérica con falta o exceso de numeros
1	Rotacion inversa con falta o exceso de numeros
0	Ausencia o escasa representación de numeros (menos de 6 numeros dibujados)

CRITERIOS DE APLICACIÓN

Se debe aplicar en dos fases sucesivas y por este orden

- 1 Test del reloj a la orden (TRO)
- 2 Test del reloj a la copia (TRC)

1 Condición experimental del TRO

A cada sujeto se le ha presentado una hoja de papel completamente en blanco un lapicero y una goma de borrar y se le ha dado la siguiente instrucción «Me gustaría que dibujara un reloj redondo y grande en esta hoja colocando en él todos sus numeros y cuyas manecillas marquen las once y diez En caso de que cometa algun error aquí

tiene una goma de borrar para que pueda rectificarlo. Esta prueba no tiene tiempo límite por lo que le pedimos que la haga con tranquilidad prestandole toda la atención que le sea posible »

A cada sujeto se le ha repetido la instrucción las veces que se ha considerado necesario para que la comprendiera. Si después de dibujar la esfera y los números faltaba alguno se le ha preguntado si los había puesto ya todos permitiéndole así rectificar el dibujo si tomaba conciencia de sus errores. Si no percibía que faltaban o sobraban números al formular dicha pregunta se le ha repetido la instrucción de la pauta horaria.

Después de dibujar los números se les ha recordado que deberían ubicar las manecillas marcando las once y diez. Si transcurrido algún tiempo no dibujaban las saetas o faltaba alguna de ellas se les ha preguntado si estaba terminado su reloj. En caso afirmativo se les ha informado de que iban a pasar a una prueba más fácil comenzando entonces a realizarse la fase del TR «a la copia». En caso contrario se les ha concedido un plazo de tiempo adicional para completar la tarea.

2 Condición experimental del TRC

En esta segunda condición a cada sujeto se le ha presentado un folio en posición vertical con un reloj cuyo formato puede verse en la figura

Se ha informado a cada sujeto de que iba a realizar una prueba más fácil. Se les ha pedido que copiaran de la forma más exacta posible el dibujo del reloj que aparece en la parte superior de la hoja. También se les ha instado a poner la máxima atención con el fin de captar todos los detalles del dibujo y poder copiarlos. Al no disponer en esta prueba de un tiempo límite se les ha sugerido que la realizaran con tranquilidad y que emplearan la goma de borrar en caso de cometer algún error. Tras proporcionar las instrucciones a cada sujeto de estudio y cerciorarnos de que las habían comprendido les hemos permitido comenzar la tarea.

Al terminar esta prueba se ha retirado la hoja para su posterior evaluación y puntuación. Si el reloj estaba incompleto antes de recoger la hoja se ha preguntado si el dibujo estaba terminado. Si el sujeto advertía la existencia de algún error se le permitía rectificarlo; de lo contrario se le recogía la hoja.

Puntos de corte para la estimación del deterioro cognitivo asociado a la demencia tipo Alzheimer

En la condición TRO observamos que el punto de corte que muestra una mayor eficacia (93.16) es el 6 con una sensibilidad del 92.8% y una especificidad del 93.48%.

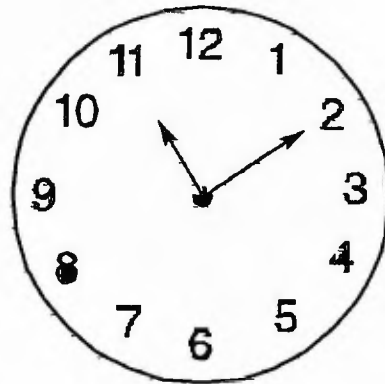
Por tanto consideramos el test como positivo si el valor de la suma de las tres puntuaciones (esfera, números y manecillas) «a la orden» es menor o igual a 6 y como negativo si la suma de las puntuaciones es mayor de 6.

Las puntuaciones altas sirven para descartar la enfermedad (especialmente las puntuaciones cercanas al 8 y al 9).

Observamos que el punto de mayor eficacia (82.49) en la condición de aplicación «a la copia» es 8 que para una sensibilidad del 73.11 produce una especificidad del 90.58%. Por tanto consideramos el test como positivo si el valor de la suma de las tres puntuaciones (esfera, números y manecillas) «a la copia» es menor o igual a 8 y como negativo si la suma de las puntuaciones es superior a 8.

La aparición de rotación inversa o alineación numérica así como de perseveración de errores en cualquiera de las dos condiciones experimentales (TRO, TRC) debe ser considerado como muy sugerente de deterioro cognitivo.

Colaboradores Roberto Rodríguez Pérez
Martín Hemmings
Bernardino Fernández



Modelo para la aplicación del test del reloj a la copla

ANEXO No 3

**Cuestionario de Percepción de Comportamiento de Cuidado Humanizado de
Enfermera (PCHE)**

en

Objetivo Determinar la percepción del cuidado de enfermería humanizado en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna, que permita crear estrategias de mejoramiento en la atención

Instrucciones en el siguiente grupo de preguntas que se presentan a continuación favor marcar con una x la respuesta de acuerdo a su criterio u opinión

Dimensiones	Criterios			
	Nunca (1)	Algunas veces (2)	Casi siempre (3)	Siempre (4)
Sentimientos del paciente				
1 ¿La enfermera(o) lo hace sentir como un ser individual?				
2 ¿Cuándo la enfermera(o) le explica algo usted se siente informado?				
3 ¿Cuando la enfermera (o) se dirige a usted, se siente atendido?				
4 ¿Cuando la enfermera(o) lo atiende se siente satisfecho?				
5 ¿Se siente agradecido cuando la enfermera(o) lo atiende?				
Características de la enfermera				
6 ¿La enfermera(o) hace empatía con usted?				
7 ¿Las enfermeras(o) son amables en el trato que le brindan?				
8 ¿Las enfermeras(o) son eficientes en el desempeño de sus tareas?				
9 ¿Las enfermeras(o) son claras al comunicarse con usted?				
10 ¿La enfermera(o) le brinda estímulos positivos?				
11 ¿El cuidado que la enfermera(o) le brinda es comprometido y solidario?				

Apoyo emocional				
12 ¿La enfermera(o) le inspira confianza?				
13 ¿La enfermera(o) le brinda acompañamiento durante los procedimientos médicos?				
14 ¿Las enfermeras (o) le generan tranquilidad?				
15 ¿El cuidado de La enfermera(o) es amoroso y dedicado?				
16 ¿La atención brindada por la enfermera(o) se fundamenta en el apoyo emocional?				
Apoyo físico				
17 ¿La enfermera(o) hace que usted se sienta bien físicamente?				
18 ¿La enfermera(o) lo mira cuando le habla?				
19 ¿La enfermera(o) le ayuda a disminuir el dolor físico?				
20 ¿La enfermera(o) atiende sus necesidades básicas como alimentación, baño y, eliminación?				
21 ¿La enfermera(o) se esfuerza por brindar comodidad física?				
Cualidades de hacer de la enfermera				
22 ¿La enfermera(o) demuestra conocimiento y habilidades profesionales?				
23 ¿La enfermera(o) lidera su equipo de trabajo?				
24 ¿La enfermera(o) trabaja en equipo?				
25 ¿La enfermera(o) facilita el diálogo?				
26 ¿La enfermera(o) le explica con anterioridad la realización de un procedimiento?				
27 ¿Las acciones de la enfermera(o) busca la excelencia en el cuidado?				
Proactividad				
28 ¿La enfermera(o) se identifica antes de realizarle los cuidados?				
29 ¿La enfermera(o) responde a sus preguntas dudas e inquietudes?				
30 ¿La enfermera(o) da instrucciones sobre su cuidado?				
31 ¿La información que brinda la enfermera(o) contribuye en la toma de decisiones?				

32 ¿La enfermera(o) lo anima para que llame si tiene problemas?				
Empatía				
33 ¿La enfermera(o) mantiene una relación cercana con usted?				
34 ¿La enfermera(o) le permite expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y su tratamiento?				
35 ¿La enfermera(o) establece una relación agradable con usted?				
36 ¿La enfermera(o) lo escucha atentamente?				
37 ¿La enfermera (o) se pone en su lugar para comprenderlo?				
38 ¿La enfermera(o) tiene facilidad para acercarse a usted?				
Priorizar al ser cuidado				
30 ¿La enfermera(o) se muestra respetuosa?				
40 ¿La enfermera(o) lo pone en primer lugar?				
41 ¿La enfermera(o) lo llama por su nombre?				
42 ¿La enfermera(o) respeta sus decisiones?				
43 ¿La enfermera(o) respeta su intimidad?				
44 ¿La enfermera(o) ante cualquier eventualidad primero la persona?				
Disponibilidad para la atención				
45 ¿La enfermera(o) le hace seguimiento constantemente?				
46 ¿La enfermera(o) le dedica tiempo?				
47 ¿La enfermera(o) le administra el tratamiento ordenado a tiempo?				
48 ¿La enfermera(o) responde con rapidez al llamado?				
49 ¿La enfermera(o) identifica sus necesidades?				
50 ¿La enfermera(o) le importa su estado de animo?				

ANEXO No 4

Resultados estadísticos

La prueba de confianza del instrumento de medición con el estadístico Alfa de Cronbach nos demuestra que el cuestionario es confiable dado que el valor del Alfa dio igual a 0,977 para la muestra de 50 items

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,977	50

El análisis factorial reduce los 50 items sólo a 8 factores

Tabla 1 *Análisis factorial del instrumento de medición*

Varianza total explicada									
Component	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulada	Total	% de la varianza	% acumulada	Total	% de la varianza	% acumulada
1	24,108	48,211	48,211	24,108	48,211	48,211	8,508	17,013	17,013
2	4,548	9,095	57,306	4,548	9,095	57,306	6,414	12,828	29,841
3	3,630	7,260	64,566	3,630	7,260	64,566	6,245	12,491	42,331
4	2,732	5,465	70,031	2,732	5,465	70,031	5,834	11,669	54,000
5	2,198	4,396	74,427	2,198	4,396	74,427	4,946	9,892	63,892
6	1,795	3,589	78,016	1,795	3,589	78,016	4,096	8,193	73,085
7	1,325	2,649	80,666	1,325	2,649	80,666	2,967	5,935	79,019
8	1,232	2,465	83,130	1,232	2,465	83,130	2,055	4,111	83,130

9	942	1 884	85 014
10	894	1 789	86 803
11	873	1 348	88 149
12	851	1 301	89 480
13	527	1 055	90 505
14	442	883	91 388
15	416	832	92,220
16	391	781	93 001
17	333	685	93 666
18	,294	587	94,254
19	,285	569	94 823
20	,265	530	95 353
21	225	450	95 804
22	,214	428	96,232
23	198	391	96 623
24	178	358	96 979
25	162	323	97 302
26	145	,291	97 593
27	135	,269	97 862
28	131	,282	98 124
29	112	,223	98 348
30	106	,211	98 559
31	095	190	98 749
32	086	171	98 920
33	079	157	99 078
34	076	152	99,229

35	056	113	99 342
36	053	106	99 449
37	043	087	99 535
38	039	078	99 614
39	037	073	99 687
40	030	060	99 747
41	027	053	99 800
42	023	046	99 846
43	018	036	99 882
44	017	034	99 916
45	013	026	99 942
46	012	024	99 966
47	007	014	99 980
48	006	013	99 983
49	004	007	100 000
50	2 009E-	-4 018E 16	100 000
16			

Método d xtracción Análisis d Compo ntes pricipales

Con una rotación varimax se observa que los factores explican el 83.13 de la varianza total lo cual se considera valido para este analisis

Tabla 2 Componentes rotados para los ítems

Matriz de componentes rotados	
	Componente

	1	2	3	4	5	6	7	8
Pre35	764							
Pre38	755							
Pre36	753							
Pre37	748							
Pre7	729							
Pre6	721							
Pre8	692							
Pre34	681							
Pre11	649							
Pre9	645							
Pre10	645							
Pre33	630							
Pre40	577							
Pre44								
Pre5		831						
Pre3		815						
Pre4		801						
Pre2		776						
Pre1		631						
Pre14		529						
Pre12		503						
Pre19			879					
Pre17			858					
Pre18			858					
Pre21			847					

Pre20	707		
Pre16	648		
Pre15	562		
Pre50		842	
Pre49		842	
Pre47		823	
Pre46		781	
Pre48		781	
Pre45		755	
Pre24			930
Pre23			916
Pre25			906
Pre26			681
Pre27			675
Pre22			666
Pre30			821
Pre28			818
Pre29			780
Pre31			740
Pre32			707
Pre41			801
Pre43			651
Pre42			592
Pre39			586
Pre13			646

Método de rotación Normalización Varimax con Kaiser

a La rotación ha convergido en 11 iteraciones

Factor 1 esta compuesto por los items

Pre35 Pre38,Pre36 Pre37 Pre7 Pre6,Pre8,Pre34 Pre11,Pre9 Pre10 Pre33 Pre40,Pre 44

Factor 2 esta compuestos por los items

Pre5 Pre3 Pre4 Pre2 Pre1 Pre14 Pre12

Factor 3 está compuestos por los ítems

Pre19 Pre17 Pre18, Pre21 Pre20 Pre16 Pre15

Factor 4 está compuestos por los ítems

Pre50 Pre49 Pre47 Pre46 Pre48 Pre45

Factor 5 está compuestos por los ítems

Pre24 Pre23 Pre25 Pre26 Pre27, Pre22

Factor 6 está compuestos por los items

Pre30 Pre28 Pre29 Pre31 Pre32

Factor 7 esta compuestos por los ítems

Pre41 Pre43 Pre42 Pre39

Factor 8 está compuestos por los ítems

Pre 13

ANEXO No 5

Indice de Barthel modificacion de Shah con 10 actividades y 5 niveles de puntuacion

Niveles Actividades	Incapaz de hacerlo	Intenta pero inseguro	Cierta ayuda necesaria	Minima ayuda necesaria	Totalmente independiente
Aseo personal	0	1	3	4	5
Bañarse	0	1	3	4	5
Comer	0	2	5	8	10
Usar el retrete	0	2	5	8	10
Subir escaleras	0	2	5	8	10
Vestirse	0	2	5	8	10
Control de heces	0	2	5	8	10
Control de orina	0	2	5	8	10
Desplazarse	0	3	8	12	15
Silla de ruedas	0	1	3	4	5
Traslado silla/cama	0	3	8	12	15

ANEXO No 6

Índice de Barthel modificado versión Shah actividades, puntuación y descripción

Actividad	Puntuación	Descripción
Higiene personal/Aseo	0	El paciente no puede realizarse su higiene personal y es dependiente en todos los aspectos
	1	Se requiere asistencia en todas las etapas de la higiene personal pero el paciente puede hacer alguna contribución
	3	Se requiere asistencia en uno o más pasos de la higiene
	4	El paciente es capaz de llevar a cabo su propia higiene personal pero requiere mínima asistencia antes o después de la actividad
	5	El paciente puede lavarse las manos y la cara, peinar el cabello lavarse los dientes y afeitarse Un varón puede usar cualquier tipo de máquina de afeitar pero debe insertar la cuchilla o navaja sin ayuda así como retirarlo de cajón o gaveta Una mujer debe aplicar su propio maquillaje si se usa, pero no necesita tranzas ni peinar su cabello
Baño	0	Total dependencia en el baño
	1	Se requiere asistencia en todos los aspectos del baño pero el paciente puede contribuir
	3	Se requiere asistencia con la transferencia a la ducha7 baño o con lavado o secado incluyendo incapacidad para completar una tarea debido a condición o enfermedad
	4	Se requiere supervisión para la seguridad al ajustar la temperatura del agua o al ser trasferido
	5	El paciente puede usar una bañera, una ducha o tomar un baño completo de esponja El paciente debe ser capaz de hacer todos los pasos de cualquier método que se requiera sin la ayuda de otra persona
	0	Dependiente en todos los aspectos y necesidades de ser alimentado alimentación nasogástrica es necesaria
	2	Puede manipular un utensilio para comer generalmente una cuchara pero alguien debe asistirlo activamente durante la comida
	5	Capaz de alimentarse a sí mismo con la supervisión Se requiere asistencia con tareas asociadas como poner la leche o azúcar en el té sal pimienta extender la mantequilla dar vuelta a un plato u otras actividades
	8	Independiente en la alimentación con bandeja preparada, excepto puede necesitar corte de carne abrir el cartón de leche o la tapa de

Comer/ Alimentación		un frasco la presencia de otra persona no es requerida
	10	El paciente puede alimentarse a sí mismo desde una bandeja o mesa cuando alguien pone la comida a su alcance El paciente debe ponerse una auxiliar si es necesario cortar los alimentos y si lo desea poner sal o pimienta, extender la mantequilla
Transferencia inodoro/ Uso del retrete	0	Totalmente dependiente para el uso de inodoro
	2	Asistencia requerida en todos los aspectos del uso de inodoro
	5	Es posible que se requiera la asistencia para el manejo de la ropa transferencia o lavado de manos
	8	La supervisión puede ser necesaria para la seguridad con el inodoro normal Un cómodo puede ser usado en la noche pero la asistencia es necesaria para el vaciado y la limpieza
	10	El paciente es capaz de subir y bajar del inodoro sujetar la ropa y usar el papel higiénico sin ayuda Si es necesario puede usar una paleta o urinal, pero debe ser capaz de vaciarla y limpiarla
Subir escaleras	0	El paciente no puede subir escalera
	2	Se requiere asistencia en todos los aspectos de la escalada de silla, incluida las ayudas para caminar
	5	El paciente es capaz de ascender o descender pero no puede llevar ayuda para caminar y necesita supervisión y asistencia
	8	Generalmente no se requiere asistencia A veces se requiere supervisión para la seguridad debido a rigidez matutina dificultad para respirar etc
	10	El paciente es capaz de subir y bajar un tramo de escalera sin supervisión El paciente es capaz de usar rieles bastones o muletas cuando sea necesario y es capaz de llevar éstos dispositivos como el ascienda o descienda
Vestirse	0	El paciente es dependiente en todos los aspectos del vestir y no puede participar en la actividad
	2	El paciente es capaz de participar en algún grado pero es dependiente en todos los aspectos para vestirse
	5	Se necesita ayuda para quitarse o ponerse cualquier ropa
	8	Sólo se requiere asistencia mínima con la ropa de abrochar como botones cremalleras sujetadores zapatos etc
	10	El paciente es capaz de poner quitar corsé tirantes según lo prescrito
	0	El paciente es incontinente intestinal

Control intestinal	2	El paciente necesita ayuda para asumir la posición apropiada y para la evacuación intestinal técnicas facilitadoras
	5	El paciente puede asumir la posición apropiada, pero no puede utilizar técnicas de facilitación o auto limpieza sin ayuda y tiene accidentes frecuentes Se requiere asistencia con ayuda para la incontinencia como almohadillas
	8	El paciente puede requerir supervisión con el uso de supositorios o enemas y accidentes ocasionales
	10	El paciente puede controlar los intestinos y no tiene accidentes puede usar supositorios o aplicarse un enema cuando sea necesario
Control de la vejiga	0	El paciente es dependiente en el control de la vejiga es incontinente o tiene catéter
	2	El paciente es incontinente pero puede ayudar con la aplicación de un dispositivo externo
	5	El paciente está generalmente seco durante el día pero no por la noche y necesita ayuda con los dispositivos
	8	El paciente está generalmente seco durante el día pero no por la noche puede tener un accidente ocasional o necesita asistencia mínima con dispositivos internos o externos
	10	El paciente es capaz de controlar la vejiga durante el día y la noche y/o independiente con dispositivos internos y externos
Deambulación	0	Dependiente de la deambulación
	3	Se requiere presencia constante de una o más asistentes durante la deambulación
	8	Se requiere ayuda con el alcance de los equipos de asistencia y/o su manipulación Una persona es necesaria para ofrecer asistencia
	12	El paciente es independiente en la deambulación, pero incapaz de caminar 50 metros sin ayuda o supervisión es necesaria para la confianza o la seguridad en situaciones peligrosas
	15	El paciente debe ser capaz de usar frenos si es necesario bloquear y desbloquear estos frenos asumir la posición de pie sentarse y colocar las ayudas necesarias en posición para utilizarse El paciente debe ser capaz de usar soportes si es necesario bloquear y desbloquearlos asumir la posición de pie sentarse y colocar las ayudas necesarias en posición, el paciente debe ser capaz de usar muletas bastones o andaderas y caminar 50 metros sin ayuda o supervisión
Ambulación/ silla	0	Dependiente de silla de ruedas
		El paciente puede propulsar distancias cortas en una superficie plana, pero se requiere asistencia para todas las demás etapas de la

<p>de ruedas</p> <p>*(si no puede caminar)</p> <p>Utilice este elemento únicamente si el paciente está clasificado como 0 para ambulación y luego si es entrenado en el manejo de la silla de ruedas</p>	1	gestión de sillas de ruedas
	3	La presencia de una persona es necesaria y se requiere asistencia constante para manipular silla a mesa, cama etc
	4	El paciente puede propulsarse a sí mismo por una duración razonable es posible que se requiere una asistencia mínima en curvas cerradas
	5	Para impulsar la silla de ruedas de forma independiente el paciente debe ser capaz de recorrer las esquinas girar alrededor maniobrar la silla a una mesa, cama, tocador El paciente debe ser capaz de empujar una silla por lo menos 50 metros y negociar una acera
Transferencia silla/cama	0	Incapaz de participar en una transferencia Se requiere de dos asistentes Paciente con o sin un dispositivo mecánico
	3	Capaz de participar pero la ayuda máxima de otra persona es requerida en todos los aspectos de la transferencia
	8	La transferencia requiere de la ayuda de otra persona La asistencia puede ser en cualquier aspecto de la transferencia
	12	La presencia de otra persona se requiere como medida de confianza, o para proporcionar supervisión para la seguridad
	15	El paciente puede acercarse con seguridad a la cama o silla de ruedas frenos de bloqueo reposa pies de elevación o ayuda para caminar con la posición, moverse con seguridad a la cama, acostarse sentarse en el lado de la cama, cambiar la posición de la silla de ruedas la transferencia de nuevo a ella con seguridad y/o agarre ayuda y soporte El paciente debe ser independiente en todas las fases de esta actividad



UNIVERSIDAD DE PANAMA
Facultad de Enfermería

15 de diciembre del 2015
FE DIP 362 2015

Doctora
Illyda Blandon
Directora Médica
Complejo Hospitalario Dr M A G
E S D

Respetada Dra Blandón

Por este medio hacemos de su conocimiento que la Lic Tania de Kennion con cedula 8-279-839, es estudiante activa del Maestría en Ciencias de Enfermería (Tronco Comun) que en la actualidad dicta la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá la misma realiza su anteproyecto de tesis titulado *Percepcion de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera desde la perspectiva del adulto mayor hospitalizado y su relacion con su nivel de funcionalidad*

Por lo antes expuesto solicitamos su autorización para que la Lic de Kennion pueda visitar la sala de medicina y cirugía, a partir del 4 de enero al 15 de febrero de 2016 de manera tal que logre recabar información

Seguros de contar con su apoyo y colaboración le agradecemos la atencion que nos brinde

De usted atentamente

Illyda Blandon
Mgter Cristina B de García
Directora
Division de Investigacion y Post Grado

Illyda Blandon
Mgter Illyda Blandon
Decana
Facultad de Enfermería

c c Dra Nimia Pardo - Jefa de Docencia
Lic Zuleica Rojas - Jefa de Enfermería
Lic Norma Gomez Jefa de Docencia de Enfermería
Asm

Handwritten signature and date
28/11/16



UNIVERSIDAD DE PANAMA

Facultad de Enfermería

15 de diciembre del 2015

FE DIP 362 2015

Doctora

Illyda Blandon

Directora Medica

Complejo Hospitalario Dr M A G

E S D

Respetada Dra Blandon

Por este medio hacemos de su conocimiento que la Lic Tania de Kennion, con cédula 8-279 839 es estudiante activa del Maestria en Ciencias de Enfermería (Tronco Comun) que en la actualidad dicta la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panama la misma realiza su anteproyecto de tesis titulado *Percepcion de comportamientos de cuidado humanizado de la enfermera desde la perspectiva del adulto mayor hospitalizado y su relacion con su nivel de funcionalidad*

Por lo antes expuesto solicitamos su autorizacion para que la Lic de Kennion pueda visitar la sala de medicina y cirugía a partir del 4 de a enero al 15 de febrero de 2016 de manera tal que logre recabar información

Seguros de contar con su apoyo y colaboración le agradecemos la atencion que nos brinde

De usted atentamente,

Constanza B de González
Mgter Cristina B de García

Directora

Division de Investigacion y Post Grado

Mgter Norma Tegada Amara

Decana

Facultad de Enfermería

c c Dra Nimia Pardo - Jefa de Docencia

Lic Zuleica Rojas - Jefa de Enfermería

Lic Norma Gómez Jefa de Docencia de Enfermería

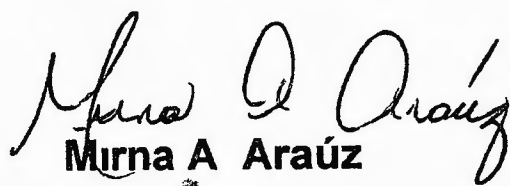
Asm

Nimia Pardo
Dra Nimia Pardo
Cirujia General
Cod P 183 1 5 3576

Illyda Blandon
25 I-16
12 18 pm

**La que suscribe Mirna A Arauz, Profesora de Español de la Universidad de
Panama, certifica**

**Que revisé la tesis titulada Percepcion de comportamientos de cuidado
humanizado y su relación con el nivel de funcionalidad en adultos mayores
realizada por la estudiante Tania Sterling de Kennion de la Facultad de la
Maestria en Ciencias de Enfermeria con Especializacion Gerontologia La misma
contempla los requisitos que exige este tipo de escritos**


Mirna A Araúz
Profa de Español
4-XII-2017
Código: 43418